



การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

NURSING CARE OF ADOLESCENT WITH DEPRESSION

อาจารย์ฉันทพร บัวเหลือง

ผศ. ดร. ัธสมน นามวงษ์

อาจารย์พิมพ์รัตน์ โทกุล



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	ก
สารบัญตาราง.....	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.....	1
สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	2
ความหมาย และประเภทของภาวะซึมเศร้า	5
อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	6
ระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	8
บทสรุป	11
เอกสารอ้างอิง	11
บทที่ 2 การประเมินและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	12
การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตในภาวะซึมเศร้า.....	13
การสัมภาษณ์และการซักประวัติ	13
การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE).....	14
การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ.....	25
แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q.....	25
แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI)	29
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D).....	29
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (PHQ-A)	31
บทสรุป	34
เอกสารอ้างอิง	35
บทที่ 3 การบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า.....	37
บทนำ.....	37
การบำบัดด้านจิตสังคม	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การให้คำปรึกษา	39
การให้สุขภาพจิตศึกษา	40
การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT).....	42
ครอบครัวบำบัด	44
การรักษาด้วยยา.....	46
ยาต้านอารมณ์เศร้า : ชนิดของยา อาการ และผลข้างเคียง	46
การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าอย่างสมเหตุสมผล (RDU)	50
การรักษาด้วยไฟฟ้า	53
การบำบัดทางเลือก.....	57
ดนตรีบำบัด	57
ศิลปะบำบัด	58
การฝึกสติและสมาธิ (Mindfulness and Meditation)	59
การออกกำลังกาย	60
บทที่ 4 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า.....	65
บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	66
บทบาทการส่งเสริม.....	66
บทบาทการป้องกัน	69
บทบาทการรักษา.....	71
บทบาทการฟื้นฟู.....	74
กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	76
การประเมินปัญหาทางการพยาบาลและการเก็บรวบรวมข้อมูล	76
การกำหนดและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	80
การวางแผนทางการพยาบาล.....	81
การปฏิบัติการพยาบาล.....	83
การประเมินผลทางการพยาบาล	85

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	85
แนวคิดและหลักการ.....	85
ระยะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและปัญหาที่พบในแต่ละระยะ ...	88
เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด	91
บทสรุป	98
เอกสารอ้างอิง	99
บทที่ 5 การนำวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.....	101
การนำวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	101
บทสรุป	105
เอกสารอ้างอิง	106
ดัชนี	108
ประวัติผู้เขียน	111

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงระดับของภาวะซึมเศร้า	10
ตารางที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิต	22

สารบัญญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ผลประเมินสุขภาพจิตตนเองของเยาวชนอายุ 15-23 ปี ระหว่างปี 2565-2567.....	4
ภาพที่ 2 การจัดทํานั่งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	88

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญระดับโลก ซึ่งมีการทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตมนุษย์ การเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีนัยสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ก่อร่างสร้างอัตลักษณ์ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการที่วัยรุ่นจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่เพื่อ นำไปดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความหลากหลายทางเพศ วัย บุคลิกภาพ ศาสนา และวัฒนธรรม ด้วยการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

สถานการณ์ปัจจุบันบ่งชี้ถึงอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นของอาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นผลพวงมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม อาทิการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่ผันผวน ความกดดันทางวิชาการที่เข้มข้นขึ้น ความท้าทายในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย และความคาดหวังจากครอบครัวและสังคมที่สูงเกินจริง นอกจากนี้บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ได้กลายเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในเชิงลบ ซึ่งยิ่งเสริมให้ความเปราะบางทางอารมณ์ของวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการจัดการกับปัญหานี้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเหลือวัยรุ่นให้เติบโตอย่างมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เนื้อหา

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ความหมาย และประเภทของภาวะซึมเศร้า
อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
บทสรุป

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

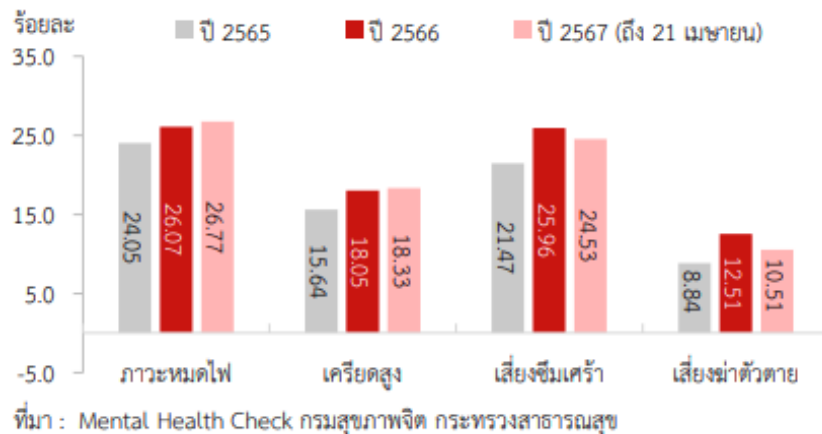
1. อธิบายสถานการณ์ปัจจุบัน ความหมาย สาเหตุ ประเภทของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
2. อธิบายอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
3. แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
4. อธิบายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายได้

สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่น่ากังวล โดยเฉพาะในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ความกดดันทางสังคม การศึกษา และผลกระทบจากสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า วัยรุ่นเป็นกลุ่มคนที่เติบโตขึ้นมาเป็นกำลังสำคัญของประเทศ โดยวัยรุ่นในที่นี้หมายถึงกลุ่มอายุระหว่าง 10–19 ปี ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10–13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14–16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 17–19 ปี) วัยรุ่นส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือในปีแรกหรือปีที่สองของมหาวิทยาลัย ช่วงวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยมักต้องการความเป็นตัวของตัวเองสูง ในขณะเดียวกันก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

การเข้าสังคมกับเพื่อน และสิ่งแวดล้อมรอบตัว หากการปรับตัวในช่วงนี้ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ความเปราะบางทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นจากประเทศอื่น ๆ มีภาวะซึมเศร้ามักรุนแรงขึ้น

ในส่วนของประเทศไทย วัยรุ่นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่น่ากังวลหลายเรื่อง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหา ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก คือ ปัญหาความเครียด จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต (2566) พบว่า เยาวชนร้อยละ 18.0 มีความเครียดสูง เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.0 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 12.5 และในส่วนของผลการประเมิน 3 เดือนแรกของปี 2567 พบว่า เยาวชนร้อยละ 26.8 และ 18.3 กำลังอยู่ในภาวะหมดไฟในการเรียนรู้ และมีความเครียดสูงตามลำดับ ทั้งนี้ สาเหตุของความเครียดของเยาวชนจากผลสำรวจเยาวชน ในปี 2565 พบว่า การเรียนและความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต และสถานะทางการเงินของครอบครัวเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กไทยเกิดความเครียดสูงโดยกลุ่มอายุ 15 – 18 ปี และ 19 – 22 ปี มีความเครียดด้านการเรียนและความคาดหวังถึงงานในอนาคตมากที่สุด ที่ร้อยละ 38.4 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 23 – 25 ปี พบว่า ด้านการเงินของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด ที่ร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ การเรียนและการทำงาน ร้อยละ 66.1 ซึ่งแตกต่างกันไม่มากนัก ขณะเดียวกัน การกลั่นแกล้ง (Bully) ยังเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กและเยาวชนเกิดภาวะซึมเศร้า โดยข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2566) พบว่า เด็กและเยาวชนไทยเคยถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 44.33 และส่วนใหญ่อุบัติขึ้นภายในโรงเรียนมากถึงร้อยละ 86.9 ซึ่งเป็นการกระทำความรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาทิ เกิดความเครียด ความรู้สึกอับอาย และมีความมั่นใจในตนเองต่ำลง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่อาจเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตในอนาคต



ภาพที่ 1 ผลประเมินสุขภาพจิตตนเองของเยาวชนอายุ 15-23 ปี ระหว่างปี 2565-2567

ที่มา: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35>

สอดคล้องกับข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2565 (อ้างอิง) จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ จะเห็นได้ว่า กลุ่มวัยรุ่นอายุ 5-14 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15-19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 105 คน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน 45.24 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียน นักศึกษาร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาดร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ใช้ของมีคมร้อยละ 9.3 และผูกคอ ร้อยละ 8.5 ก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียง ร้อยละ 11 นอกจากนี้ ผลสำรวจวัยรุ่นช่วงอายุ 11-19 ปี ที่เป็นตัวแทนจาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 5,345 คน พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (เก็บข้อมูลจากจังหวัดจันทบุรี) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 25 เขตสุขภาพที่ 7 (เก็บข้อมูลจากจังหวัดขอนแก่น) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24 และเขตสุขภาพที่ 13 (เก็บข้อมูลจากกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 23.9 วัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 จากวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายทั้งหมด ร้อยละ 22.5 มีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 2.2 ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล และโชติภา ภาวสุทธิไพจิตร, 2563) ข้อมูล

จากองค์กรต่าง ๆ และหน่วยงานสุขภาพในหลายประเทศแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความหมาย และประเภทของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1976) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปี่ยงเบนทางด้าน อารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม อันเนื่องมาจากมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความอาการแสดงออกโดยที่ ทัศนิกกล่าวโทษและลงโทษตนเอง มองตนเอง ไร้ค่า มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ลบ รู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ความสนใจ ทากิจกรรมต่างๆ และ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง

Rawlins & Heacock (1988) ได้อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงความแปรปรวนของอารมณ์ที่ เป็นความผิดปกติของความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติต่อตนเอง และบุคคลอื่น บุคคลจะมีความรู้สึกและมอง ตนเองในทางลบ อาทิ มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองด้อยค่า รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสีย หหมดหวัง สิ้นหวัง ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้ เป็นต้น

ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2564) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้นในหลากหลายรูปแบบ ภาวะซึมเศร้ามีความหมายที่หลากหลายตามความรุนแรง ระยะเวลา ผลกระทบ หรือการสูญเสียหน้าที่

ประเภทของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ตามลักษณะความรุนแรง ระยะเวลาของอาการ และผลกระทบต่อการดำรงชีวิตหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564) ภาวะอารมณ์เศร้าทั่วไป (Depressive Mood) ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติในบุคคลทั่วไปเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความผิดหวังหรือความทุกข์ใจ อารมณ์ลักษณะนี้มักเกิดขึ้นชั่วคราว และสามารถคลี่คลายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

ภาวะซึมเศร้า (Depressive Symptom) ซึ่งเริ่มแสดงออกผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาการจะดำรงอยู่ต่อเนื่องและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน หรือความสัมพันธ์ทางสังคม ความรุนแรงของอาการมีตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตหรือผู้ให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ และ**โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)** ซึ่งจัดว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดยมีอาการและผลกระทบคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า แต่ต้องได้รับการประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอย่างเป็นระบบ จึงจะสามารถระบุได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้อาการทุเลาลงอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับข้อมูลจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของประเทศไทย พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 10-15 ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงสูงกว่าเล็กน้อย โดยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20-25 (อัญมณี มณีนิล และคณะ, 2565) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นครอบคลุมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนปลายซึ่งมีแนวโน้มเผชิญกับภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงมากกว่าช่วงวัยก่อนหน้านี้

อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่ประสบกับภาวะซึมเศร้ามักแสดงอาการที่สามารถจำแนกได้ในหลายมิติ ทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย ซึ่งอาการหลักมักเริ่มต้นจากความรู้สึกเศร้า หดหู่ ว่างเปล่า และขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ โดยอาการเหล่านี้มักปรากฏอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมักมีอาการรวมอื่น ๆ เช่น สมาธิลดลง ความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ความสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต อ่อนเพลีย พลังงานลดลง ปัญหาเกี่ยวกับการนอน รวมถึงการมองตนเองในแง่ลบ

แม้ว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีความคล้ายคลึงกับในช่วงวัยอื่น แต่ลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นส่งผลให้อาการบางประการแสดงออกแตกต่างกัน เช่น มักมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย หรือมีพฤติกรรมต่อต้าน มากกว่าการแสดงความเศร้าอย่างตรงไปตรงมา เช่น การร้องไห้ตลอดวัน ทั้งนี้ ในบางราย อาการซึมเศร้าอาจแสดงออกผ่านพฤติกรรมที่ไม่ชัดเจนหรือผิดปกติ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง การใช้สารเสพติด หรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจถูกตีความจากผู้ใหญ่ในลักษณะของความเกเร การเรียกร้องความสนใจ หรือความไม่รับผิดชอบ ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้อาการมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น และอาจพบภาวะทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวสังคม หรือโรคตื่นตระหนก

สายฝน เอกวรังกูร (2562) ได้แบ่งลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านการแสดงออกทางกาย

1. **ด้านอารมณ์** มีอารมณ์เศร้า หดหู่ หม่นหมอง ขาดความสดชื่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล ผิดหวัง ท้อแท้ รู้สึกล้มเหลวหรือไร้ค่า ความพึงพอใจในตนเองลดลง ขาดความกระตือรือร้นในชีวิต ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือผู้คนรอบข้าง รู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่าย ไม่อยากคิดหรือทำอะไร และในบางรายอาจรู้สึกอยากหายไปจากโลกนี้
2. **ด้านความคิด** แสดงความคิดในเชิงลบต่อตนเอง เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลว ไร้ความสามารถ ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระ หรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง ขาดความมั่นใจในตนเอง มีแนวโน้มตำหนิหรือวิจารณ์ตนเองอย่างรุนแรง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สมาธิและความจำบกพร่อง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง และในบางกรณีอาจมีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย
3. **ด้านพฤติกรรม** มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น ไม่ใส่ใจในภาพลักษณ์ลดการดูแลตนเอง ละเลยกิจวัตรประจำวัน ขาดเรียน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนหรือสถาบัน ถอนตัวจากสังคม ไม่ร่วมกิจกรรมกับ

ครอบครัว บางรายแยกตัวอยู่ในห้องเพียงลำพัง และอาจแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4. **ด้านร่างกาย** แสดงออกผ่านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความอยากอาหารผิดปกติ นำไปสู่การลดหรือน้ำหนักตัวเพิ่ม การพูดหรือเคลื่อนไหวช้าลง รูปแบบการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนมากหรือนอนน้อยเกินไป ความสนใจในเรื่องเพศลดลง และมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด เจ็บหน้าอก หรือแม่แต่หมดสติและมีประสาทหลอน

ลักษณะอาการข้างต้นเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้ใกล้ชิดวัยรุ่น เช่น ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ หรือสมาชิกในครอบครัว ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากสามารถใช้เป็นแนวทางในการสังเกตและประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อการรักษาได้อย่างเหมาะสม ก่อนที่อาการจะลุกลามหรือทวีความรุนแรงมากขึ้น

ระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ตามอาการและผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าที่พบได้ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและคณะ, 2561)

ภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย (Mild Depression)

เป็นภาวะที่มีอาการไม่รุนแรงมากนักบุคคลสามารถเรียนหนังสือ ทำงาน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติอย่างที่เคยทำหรือใกล้เคียงตามปกติ ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (สายฝน เอกวรังกูร, 2562) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้สามารถหายได้เอง หากผ่านพ้นสถานการณ์ ช่วงวิกฤติของอารมณ์ไป หรือได้รับการให้คำปรึกษาก็สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและคณะ, 2561)

ด้านอารมณ์ สิ้นหวังเศร้า ขาดชีวิตชีวา ไม่สดชื่นแจ่มใส กังวล ไม่สดชื่น โกรธ รู้สึกผิด ชีวิตดูไม่มีค่า เหงา ท้อแท้ โดยอารมณ์เศร้าจะสลับไปมาตลอดวัน บางเวลา

อารมณ์เศร้า บางเวลาสดชื่น อารมณ์แปรปรวน อาจรู้สึกเบื่อหน่ายในกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เคยรู้สึกสนุก ส่งผลให้ความต้องการในการทำกิจกรรมลดลง (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

ด้านความคิด มีความคิดหรือมุมมองต่อตนเองในทางลบ ให้คุณค่าตนเองต่ำ ต่ำห็นตนเอง ต่ำห็นผู้อื่น ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ตัดสินใจไม่ได้ คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย คิดหรือทำอะไรได้ช้าลง ความคิดขาดช่วงชะงัก

ด้านพฤติกรรม ร้องไห้ง่าย แยกตัว ไม่อยากทำอะไร หรืออาจกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้

ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร หรืออาจกินมากขึ้น นอนไม่หลับหรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางกายมากขึ้น เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

ผลกระทบ ยังคงสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ แต่มีความรู้สึกไม่สบายใจ

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression)

- อาการ: รู้สึกเศร้าอย่างต่อเนื่อง อาจมีปัญหาในการนอนหลับหรือการกิน อารมณ์แปรปรวนมากขึ้น

- ผลกระทบ: เริ่มมีปัญหาในการทำงานหรือการเรียน รวมถึงความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression)

- อาการ: รู้สึกหดหู่ตลอดเวลา มีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกไร้ค่าและหมดหวัง

- ผลกระทบ: ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ อาจมีปัญหาสุขภาพร่างกายตามมา และต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเร่งด่วน

ตารางที่ 1 แสดงระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับ	ปฏิกิริยาตอบสนอง			
	ด้านอารมณ์	ด้านพฤติกรรม	ด้านความคิด	ด้านร่างกาย
ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)	กังวล โกรธ รู้สึกผิด <u>ชีวิตดูไม่มีค่า</u> เหงา <u>ท้อแท้</u>	<u>ร้องไห้ง่าย</u> แยกตัว ไม่อยากทำ <u>อะไร</u> หรืออาจกระสับกระส่าย อยู่ นิ่งไม่ได้	<u>คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย</u> <u>ตำหนิตนเอง</u> ตำหนิผู้อื่น ขาด ความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ตัดสินใจไม่ได้	<u>เบื่ออาหาร</u> หรืออาจกินมากขึ้น <u>นอน</u> <u>ไม่หลับ</u> หรืออยากนอนมากขึ้น มี อาการทางกายมากขึ้น เช่น ปวด ศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก
ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ยังดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ ตามปกติแต่ ประสิทธิภาพลดลง	หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัวมีดมน ไม่แจ่มใส <u>ความภาคภูมิใจใน</u> <u>ตนเองต่ำ</u> ไม่สนุกสนานใน <u>กิจกรรมที่เคยทำ</u>	<u>เชื่องช้า</u> พูดช้า <u>พูดน้อยลง</u> สีหน้าหดหู่ หม่นหมอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจดูแลร่างกายตนเอง อาจ พึ่งพายาเสพติด	<u>ความสนใจสิ่งต่างๆลดลง</u> ไม่มี สมาธิ คิดซ้ำลง คิดเรื่องเดิมซ้ำๆ <u>รู้สึกตนเองไม่มีค่า</u> ไม่มี ความหมาย <u>อาจคิดทำร้าย</u> <u>ตนเอง</u>	<u>เบื่ออาหาร</u> น้ำหนักลดลงมาก หรือกินมากขึ้น <u>นอนไม่หลับ</u> หรืออาจ นอนมากเกินไป สนใจทางเพศลดลง <u>อ่อนเพลีย</u> เหนื่อยง่าย อาจมีอาการ ทางกายร่วม เช่น ปวดศีรษะ เจ็บ หน้าอก อาหารไม่ย่อย ไม่มีแรง
ซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ไม่สามารถดำเนิน ชีวิตได้ตามปกติ	<u>รู้สึกหมดหวังโดยสิ้นเชิง</u> อาจ เฉยเมยจนไม่แสดงความรู้สึก ใดๆ แววตาว่างเปล่า เหงา เศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ	ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว หรือ กระสับกระส่ายมากผิดปกติ หงุดหงิด ไม่สนใจตนเอง <u>อาจทำ</u> <u>ร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด</u>	สับสน ไม่มีสมาธิ <u>หลงผิด</u> ทางด้าน เลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่า ตัวตาย หรือหลงผิดว่าเจ็บป่วย ทางกาย <u>อาจมีประสาทหลอน</u> <u>ร่วมด้วย</u>	การทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ช้าลง <u>เบื่ออาหาร</u> น้ำหนักลดลงอย่าง มาก <u>นอนหลับยากหรือนอนมากแต่</u> <u>ไม่หลับ</u> อาการมักรุนแรงช่วงเช้าแต่ พอบ่ายๆ จะดีขึ้น

บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นในระยะยาว การเข้าใจแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะนี้ ทั้งในด้านความหมาย ประเภท อาการ อาการแสดง และระดับความรุนแรงจะช่วยให้เข้าใจวัยรุ่นมากขึ้น โดยอาการที่แสดงออกแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นไม่แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นมากนัก แต่ในวัยรุ่นมักจะมีอาการเด่นในเรื่องก้าวร้าว โมโห ความหงุดหงิด พฤติกรรมต่อต้าน เกิดขึ้นมากกว่าที่จะมีอาการเศร้า เก็บตัวคนเดียว ร้องไห้ตลอดวัน สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะรุนแรงขึ้นในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

- ฉวีวรรณ ลัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภกิจ เจริญสุข. (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2564). *วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. เชียงใหม่ : หจก. วนิตการพิมพ์.
- อัญมณี มณีนิล, อัญธิกา เกตุคุ้ม, และสุชาติพิทย์ สมบูรณ์. (2565). *ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย: รายงานการวิจัย*. สำนักวิจัยสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สายฝน เอกวรานุ. (2562). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ชญาดา จิรกิตติถาวร. (2567). *คาดคนไทยป่วยสุขภาพจิต มากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า*. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35>
- Rawlins, R. P., & Heacock, P. E. (1988). *Clinical manual of psychiatric nursing*. St. Louis: The CV Mosby Co.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: NY International Universities Press.

บทนำ

การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจสภาพจิต เป็นการตรวจทางจิตเวชเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลผู้ป่วย เพื่อนำไปวินิจฉัยและวางแผนการรักษาต่อไป การตรวจสภาพจิตมักทำโดยการสัมภาษณ์ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการสัมภาษณ์ประวัติและตรวจสภาพจิต ต้องใช้ทักษะทั้งในด้านการสังเกต การรับฟัง สอบถามอาการ และความรู้สึกของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ที่ดีนอกจากจะช่วยให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องของผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมาก

เนื้อหา

การประเมินและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตในภาวะซึมเศร้า

การสัมภาษณ์และการซักประวัติ

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ

แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q

แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (PHQ-A)

บทสรุป

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายหลักการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตในภาวะซึมเศร้าได้
2. อธิบายการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ ได้
3. เลือกใช้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ ได้

เนื้อหา

การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตในภาวะซึมเศร้า

การสัมภาษณ์และการซักประวัติ

การสัมภาษณ์ประวัติในทางปฏิบัตินั้น ประกอบไปด้วยหัวข้อสำคัญ ดังนี้

1. **ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย** สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ชื่อ นามสกุล อายุ ภูมิลำเนา การศึกษา โดยข้อมูลส่วนตัวมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลมั่นใจว่ากำลังสัมภาษณ์และการให้พยาบาลผู้ป่วยถูกราย อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลเข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การสัมภาษณ์ที่เหมาะสม เช่น ระดับภาษาที่ใช้เพื่อความเข้าใจ และยังเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและคุ้นเคย

2. **เหตุผลที่มาโรงพยาบาล** ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชอาจมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง ครอบครัว หรืออาจถูกผู้ปกครอง ญาติ และคนใกล้ชิดนำส่งโรงพยาบาล ช่วยในการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการตระหนักรู้ถึงโรคที่เป็นของผู้ป่วย (Insight) กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยตนเอง พยาบาลควรพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนซักประวัติจากญาติ/ผู้นำส่ง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย ลดความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ร่วมมือกับผู้นำส่ง

3. **อาการสำคัญ** คือ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ผู้ป่วยประสบกับอาการนั้น โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะให้ประวัติและเล่าถึงเหตุการณ์ที่ตนเองประสบเป็นหลัก พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวสักระยะหนึ่ง และจับประเด็นว่าผลกระทบของเหตุการณ์นั้นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การถามอาการสำคัญนี้ ควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้เข้าใจอาการสำคัญ เช่น “หนูมีอาการอย่างไรบ้างถึงมาโรงพยาบาล”

4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประกอบด้วยอาการเริ่มแรก การดำเนินของโรคจนถึงปัจจุบัน การรักษาพยาบาลที่เคยได้รับและกำลังได้รับ และการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นที่ยังต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ระบุสภาพผู้ป่วยด้วยว่าได้ทำการแก้ไขปัญหอะไรไปบ้าง ผลเป็นอย่างไร และบอกระยะเวลาโดยเรียงลำดับเหตุการณ์เกิดขึ้นก่อนหลัง

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หมายถึง ประวัติที่การเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ไม่ได้ป่วยในปัจจุบัน เป็นการทบทวนภูมิหลังของการเจ็บป่วย นอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น ภาวะสุขภาพทั่วไป โรคติดเชื้อ โรคติดต่อประวัติการแพ้อาหารและยา ภูมิคุ้มกัน ประวัติการผ่าตัด อุบัติเหตุ ประวัติทางสูตินรีเวช ประวัติทางจิตเวช ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความพิการ และควรบอกระยะเวลาของเหตุการณ์ด้วย รวมถึงประวัติอดีตทางจิตเวชหากผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมาก่อน

6. ประวัติการใช้สารเสพติด สารเสพติดทุกชนิดสามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ การซักประวัติชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ปริมาณที่ใช้ ความถี่ของการใช้ ระยะเวลาที่ใช้ต่อเนื่อง เวลาของการใช้ สารเสพติดครั้งล่าสุด วิธีการใช้ และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นรวม จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE)

การตรวจสภาพจิตเป็นการตรวจเพื่อประเมินข้อมูลสำหรับพิจารณาให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสภาพจิตเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องอาศัยทักษะมากกว่าการตรวจชนิดอื่น เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้โดยตรง เป็นนามธรรม จับต้องไม่ได้ ต้องอาศัยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการแปลความ เพื่ออธิบายย้อนกลับไปถึงสภาพจิตของบุคคลอย่างปราศจากอคติ

การตรวจสภาพจิตมีขั้นตอนดังนี้

1. สภาพทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการแสดงออก (General appearance and behavior)

1.1 การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกาย และเสื้อผ้า ตัวอย่างที่พบ เช่น สวมเสื้อหลายชั้นหรือสวมเสื้อโค้ทหนา ๆ ทั้งที่อากาศร้อน สวมผ้าหาลากสืดยาวชุดเจ้าแม่กวนอิม สวมเครื่องประดับหลายชิ้น สวมเสื้อผ้าสกปรกมีกลิ่นเหม็น สวมหมวกคลุมผมมาน้ำมาโรงพยาบาล สวมแว่นตาดำตลอดเวลา ประดับของตกแต่งที่ศีรษะหลายชิ้น เป็นต้น

1.2 การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เศร้าหมอง ทุกข์ ท้อแท้ เสียใจ ผิดหวัง หดหู่ โกรธ ขุ่นเคือง ก้าวร้าว วิตกกังวล หวาดกลัว หวาดระแวง เรียบเฉย ไร้อารมณ์ เป็นต้น

1.3 ท่าทาง เช่น ผ่อนคลาย ตึงเครียด ลับสน เกร็ง ชัดขึ้น อิริยาบถต่าง ๆ การนั่งนอน ยืน เดิน ทรงตัว รวมถึงท่าทางการแสดงออกในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

1.4 การเคลื่อนไหว เช่น กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา มือสั่น ขาสั่น ตัวสั่น กระตุก การเคลื่อนไหวช้าหรือเร็วกว่าปกติ มีการเคลื่อนไหวแตกต่างจากปกติ เป็นต้น

1.5 ลักษณะร่างกาย เช่น สูง เตี้ย อ้วน ผอม สบส่น แขนขาสั้นกว่าปกติ มีบาดแผล รอยฟกช้ำ รอยแผลเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

1.6 ปฏิกริยาขณะสนทนา เช่น เป็นมิตร ขาดความมั่นใจ หวาดระแวง ก้าวร้าว กลัว ไม่ตอบสนอง ไม่สนใจ เรียบเฉย มีลักษณะพึงพา ผ่อนคลาย เป็นต้น

2. ลักษณะการติดต่อสื่อสาร (Speech and communication)

2.1 ลักษณะเนื้อหาในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หลงผิด (delusion) เพ้อฝัน (fantasy)

2.2 ลักษณะวิธีการพูด แบ่งเป็น ปริมาณการพูด (พูดมาก พูดน้อย ไม่พูด) ความเร็วในการพูด (พูดเร็ว พูดช้า พูดติดอ่าง) น้ำเสียงการพูด (เศร้า ตื่นเต้น ไม่มั่นใจ) สำเนียงการพูด การเน้นหนัก-เบา การใช้ภาษา (ภาษาแสลง ภาษาที่คิดขึ้นใช้คนเดียว)

2.3 ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนเอง คือ นั่งกอดอกไขว่ห้าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟัน และกังวล คือ บีบมือ เกร็ง จิกกัดปลายเท้า หรือการนั่งที่มีลักษณะผ่อนคลาย คือ วางมือไว้บนตัก โน้มตัวตามสบาย เป็นต้น

3. ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

3.1 อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะครื้นเครงในงานศพ เล่าเรื่องเศร้าแต่หัวเราะ เป็นต้น

3.2 อารมณ์ยินดีมากเกินไป เช่น การยินดีมากเกินไป (euphoria) ความยินดีที่รู้สึกว่าตนเอง เป็นผู้ยิ่งใหญ่สูงส่ง (exaltation) เป็นต้น

3.3 อารมณ์อื่น ๆ เช่น อารมณ์ปกติ (normal) อารมณ์เศร้า (depress) อารมณ์สิ้นหวัง (despair) หงุดหงิด (irritable) ว่างเปล่า (empty) เป็นต้น

3.4 ไม่มีอารมณ์ใด ๆ เลยต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แม้จะต้องเผชิญกับปัญหา (la belle indifference)

4. กระบวนการคิด (Thinking process)

4.1 กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น พหุत्वวน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อม ไม่ตรงจุดหมาย โดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ตอนสุดท้ายก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิม หรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบชักแม่น้ำทั้ง 5 เช่น

ผู้สัมภาษณ์ : คุณมาโรงพยาบาลอย่างไร

ผู้ป่วย : รถบนถนนมีมาก มาโรงพยาบาล เมื่อวานพาสุนัขไปวิ่งที่สนามวัดใกล้ ๆ บ้าน แล้วไปแวะตลาดดูหนัง ตอนนี้มีเงินมา 20 บาท มากับแม่ แม่แกไม่สบาย น้องชายขับรถมาส่ง

1.2 การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่ หรือเป็นคำที่ใช้กันอยู่ แต่ถูกนำมาใช้ในความหมายที่แปลกไปโดยที่ผู้สัมภาษณ์หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่อง

4.3 ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือ การพูดอย่างรวดเร็ว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง เชื่อมโยงเนื้อหาให้ต่อเนื่องกัน ไม่ได้

4.4 การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่าคำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว (perseveration) การนำคำต่าง ๆ มาพูดต่อ ๆ กัน โดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจได้ (word salad) การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดๆ อยู่ กลางประโยค เพราะนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

4.5 การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ อาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion) เช่น

ผู้สัมภาษณ์ : "มีบางสิ่งบางอย่างอาศัยอยู่ในร่างกายของเราเหมือนไม่ใช่ตัวเราบ้างไหม"

ผู้ป่วย : "ผมมีเหล็กไหลอยู่ในตัวทำให้ยังพ่นไม่เข้า" "มีคนเอาไมโครชิปมาฝังในหัวผม เวลาคิดอะไรมันก็รู้หมด"

4.6 การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียว แม้จะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียวก็พูดขึ้นมาเองด้วยประโยคเดียวนั้น

4.7 การคิดที่มักเจอบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ความคิดไร้ค่า คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความคิดอยากตาย

แนวทาง เทคนิค และวิธีการสัมภาษณ์ : กระบวนการคิดสามารถสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยพูดหรือเล่าเรื่อง แต่บางลักษณะอาจต้องใช้คำถามช่วย เช่น การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ สามารถตรวจได้จาก ตัวอย่างคำถาม เช่น "มีบางสิ่งบางอย่างอาศัยอยู่ในร่างกายของเราเหมือนไม่ใช่ตัวเราบ้างไหม" หรือ "คุณคิดว่าคุณมีสิ่งพิเศษเหนือกว่าคนอื่นอย่างไร" หรือ "เคยมีคนนำเรื่องของคุณออกรายการวิทยุหรือโทรทัศน์บ้างหรือไม่" หรือการประเมินการย้ำคิด เช่น "คุณเคยคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆ หรือไม่" หรือ "คุณหยุดความคิดซ้ำๆ นั้นได้หรือไม่"

5.การรับรู้ (Perception)

ผ่านทางประสาทสัมผัสทางด้านการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสของบุคคล การรับรู้ที่ผิดปกติแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1 ประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยปราศจากสิ่งเร้า (Stimuli) เข้ามากระตุ้นผู้สัมผัสภาษาสามารถตั้งคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลในการรับรู้ ดังนี้

5.1.1 ประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) เป็นการมองเห็น ภาพโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าจริง ซึ่งมักจะเรียกกันว่า “ภาพหลอน” เช่น “คุณเคยเห็นสิ่งแปลก ๆ ที่ไม่คิดว่าจะมีโดยที่ไม่มีใครเห็นนอกจากคุณไหม” หรือ “คุณเคยเห็นภาพบางภาพทั้งที่คนอื่นไม่เห็นเลยไหม” สิ่งที่คุณสัมผัสภาษาไม่ควรละเลย คือ การสำรวจถึงความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาพที่เห็นนั้น ตัวอย่าง เช่น

ผู้สัมผัสภาษา: “คุณเห็นภาพวัตถุขณะที่คนอื่นไม่เห็นบ้างไหม”

ผู้ป่วย: “คนแต่งชุดดำถือปืนมาไล่ยิง”

ผู้สัมผัสภาษา: “คุณรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่เห็น”

ผู้ป่วย: “กลัวคนมาทำร้าย”

ผู้สัมผัสภาษา: “ทำอย่างไรให้รู้สึกปลอดภัยขึ้น”

ผู้ป่วย: “พกมีดพกปืนไว้ตลอด คอยแอบมองตามหน้าต่าง ประตูบาน อยู่แต่ในห้อง”

ผู้สัมผัสภาษา: “ขณะนี้คุณต้องพกมีดหรืออาวุธมาด้วยหรือไม่”

ผู้ป่วย: “ไม่ได้เอามา”

ผู้สัมผัสภาษา: “ขณะนี้คิดอยากฆ่าใครไหม”

ผู้ป่วย: “มัน...โอ้คนนั้น”

ผู้สัมผัสภาษา: “พอจะบอกได้ไหมว่ามันโอ้คนนั้นหมายถึงใคร”

ผู้ป่วย: “ไปที่ห้องชาย มันคอยจะทำร้าย” “กูไม่กลัวมัน เดียวฆ่าเลย”

5.1.2 ประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination)

เป็นการได้ยินเสียงโดยที่ไม่มีสิ่งเร้า ซึ่งมักจะเรียกกันว่า “หูแว่ว” เช่น “คุณเคยได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยินไหม” หรือ “คุณเคยได้ยินเสียงกระซิบที่หูโดยไม่มีคนกระซิบจริง บ้างหรือไม่” สิ่งที่คุณสัมผัสภาษาไม่ควรละเลยคือการสำรวจถึงความคิด หรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเสียงที่ได้ยินนั้น ตัวอย่าง เช่น

ผู้สัมภาษณ์: “คุณได้ยินเสียงพูดคุยต่อว่าตนเองขณะที่คนอื่นไม่ได้ยิน”

ผู้ป่วย: ได้ยินเสียงแม่พูดต่อว่า ทำไมเป็นคนไม่ได้เรื่องแบบนี้”

ผู้สัมภาษณ์: “รู้สึกอย่างไรกับเสียงที่ได้ยิน”

ผู้ป่วย: “รู้สึกเสียใจ”

ผู้สัมภาษณ์: “คิดจะทำอย่างไรต่อไป”

ผู้ป่วย: “ไม่อยากทำอะไร”

ผู้สัมภาษณ์: “ความรู้สึกเสียใจเคยทำให้คุณคิดทำร้ายตนเองบ้างไหม”

ผู้ป่วย: “บางครั้งก็รู้สึกอยากตาย อยากหายไป แต่ก็กลัว”

5.1.3 ประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination) เป็นการได้รับรส โดยที่ไม่มีสิ่งใดอยู่ในปาก เช่น “คุณเคยรู้สึกว่ามีรสแปลก ๆ อยู่ที่ยืนคุณในขณะที่ไม่มีอะไรอยู่ในปากหรือไม่” เป็นต้น

5.1.4 ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) เป็นการได้กลิ่น โดยไม่มีสิ่งเร้าใดเข้ามากระตุ้น เช่น “คุณเคยได้กลิ่นแปลก ๆ โดยคนที่อยู่รอบข้างไม่มีใครได้กลิ่นเหมือนคุณบ้างไหม” สิ่งที่คุณสัมภาษณ์ต้องระมัดระวัง เช่น ผู้ป่วยตอบว่าเคยได้กลิ่นควนธูปทั้ง ๆ ที่บ้านไม่ได้จุดธูป แต่ในความเป็นจริงเมื่อสอบถามสัมภาษณ์จนละเอียดทำให้ทราบว่าบ้านของผู้ป่วยอยู่ติดกับวัด ซึ่งกลิ่นที่ได้รับอาจเป็นเรื่องจริงไม่ใช่ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น เป็นต้น

5.1.5 ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination) เป็นการรู้สึกว่ามีบางอย่างสัมผัสผิวหนัง โดยไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น เช่น “คุณเคยรู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัวคุณทั้งที่คุณมองหาแมลงหรืออะไรไม่เจอเลยบ้างหรือไม่”

5.2 การแปลภาพผิด (illusion) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยมีสิ่งเร้า (stimuli) เข้ามากระตุ้น การตั้งคำถามของผู้สัมภาษณ์ เช่น “คุณเคยเข้าใจผิดเกี่ยวกับสิ่งที่คุณเห็นหรือไม่” เป็นต้น

6. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation)

เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล ดังนี้

6.1 การรับรู้เรื่องเวลา ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณมาอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เท่าไร เดือนอะไร” “คุณพอจะบอกได้ไหมว่าขณะนี้เป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน” เป็นต้น

6.2 การรับรู้สถานที่ ตัวอย่างคำถาม เช่น “บ้านคุณอยู่จังหวัดอะไร อำเภออะไร” “สถานที่ที่คุณอยู่ขณะนี้เรียกว่าอะไร”

6.3 การรับรู้บุคคล ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณชื่ออะไร” หรือ “ญาติที่พาคุณมาส่งชื่ออะไร” “คุณพอจะบอกได้ไหมว่าคนที่แต่งชุดสีขาวสวมหมวกสีขาวทำอาชีพอะไร” พร้อมชี้ไปที่พยาบาลให้ผู้ป่วยเห็น

7. ความจำ (Memory)

ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมอง โดยสามารถดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

7.1 ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นเวลานาน ๆ หรือความจำเรื่องในอดีต (remote memory) เช่น สมัยเด็ก ๆ คุณชนบ้างไหม” หรือ “คุณลองเล่าประสบการณ์ตอนคุณอยู่ในช่วงวัยรุ่นให้ฟังหน่อยได้ไหม” หรือ “ช่วงวัยเด็กคุณสนิทกับใครในครอบครัวเป็นพิเศษ” เป็นต้น

7.2 ความจำในเรื่องที่เพิ่งจะเกิดไปไม่นาน หรือความจำเรื่องปัจจุบัน (recent memory) เช่น “เมื่อคืนคุณนอนหลับสนิทหรือไม่ ฟันเรื่องอะไรบ้าง” หรือ “เมื่อ 2-3 วันก่อนใครมาเยี่ยมคุณ” “เมื่อเช้านี้คุณรับประทานอะไรบ้าง” เป็นต้น

7.3 ความจำในขณะนั้น (immediate memory) เช่น “ไหนคุณลองทบทวนเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่เพิ่งบอกไปซิคะ” หรือ “ฉันจะบอกนามสกุลของคุณแล้วคุณลองพูดตามนะคะ” ให้จำสิ่งของ 3 อย่างที่เป็นหมวดหมู่ไม่สัมพันธ์กัน เช่น ดอกไม้ รถไฟ แก้วน้ำ โดยผู้ตรวจไม่ต้องมีภาพหรือสิ่งของสิ่งนั้นให้ดู เป็นต้น

8. ความตั้งใจและสมาธิ (attention and concentration)

เช่น การทดสอบอ่านออกเสียงตัวเลข แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม หรือสังเกตจากการลองให้ผู้ป่วยวาดภาพ การให้ความสนใจ และตั้งใจฟังขณะสนทนา เป็นต้น หรือตรวจด้วยการให้เลขเป็นอนุกรม คือ ให้ตั้ง 100-7 ไว้ในใจแล้วให้หักออกทีละ 7 แล้วบอกผลลัพธ์แก่ผู้ตรวจตามลำดับไปเรื่อย ๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเอง ผู้ตรวจไม่ต้องบอกเลขตั้งต้นที่จะลบในครั้งต่อไป ให้ลบประมาณ 5 ลำดับ ถ้าทำไม่ได้เนื่องจากยากเกินไป จึงค่อยเปลี่ยนเป็นใช้ 20-3 ไปเรื่อย ๆ แทน

9. สถิติปัญญา (intelligence)

เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โดยทั่ว ๆ ไป สุภาษิตคำพังเพย ความสามารถเรื่องการใช้ภาษา การคิด คำนวณ ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การคิดโดยใช้สัญลักษณ์ การคิดเชื่อมโยง การคิดสร้างสรรค์ตามพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วย

10. การตัดสินใจ (judgment)

โดยการกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น “ถ้าคุณต้องเลือกไปทะเลทรายกับขั้วโลก คุณจะเลือกไปที่ไหนเพราะอะไร” “ถ้าคุณเดินไปเจองู คุณจะเดินต่อไปหรือเดินหนีไปทางอื่น เพราะอะไร” “ถ้าคุณลืมรับประทานยา คุณจะทำอย่างไร” “ถ้าคุณมีธุระสำคัญในวันที่แพทย์นัดตรวจ คุณจะทำอย่างไร” เป็นต้น

11. การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight)

ประกอบด้วย ความรู้และความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง

11.1 ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

11.2 คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา

11.3 คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นอะไร และโทษไปที่ผู้อื่นหรือปัจจัยอื่นๆ

11.4 คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

11.5 ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตใจแต่ไม่ได้แก้ไข และไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

11.6 ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจ พร้อมจะแก้ไข และได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ ตัวอย่างเช่น

ผู้สัมภาษณ์: “สุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง พยาบาลพอจะช่วยเหลืออะไรคุณได้บ้าง” เพื่อสำรวจการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจอบอุ่นใจ

ผู้ป่วย: “ผมมาเป็นเพื่อนแม่ แม่แก่ไม่สบาย” แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง

ตารางที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination)

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
1.ลักษณะทั่วไป (general appearance)	- สังเกตรูปร่าง ท่าทาง สีหน้า การแต่งกาย การเคลื่อนไหวอยู่ในเกณฑ์ปกติ เร็วหรือช้า พฤติกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรืออาการที่บ่งลักษณะต่างๆ เช่น มือสั่น หลุกหลิก มีท่าที่ระมัดระวังมาก ฯลฯ
2.การพูด (speech) (เป็นสิ่งที่สะท้อนกระแสความคิด)	- พูดมากหรือน้อย พูดช้าหรือเร็ว จังหวะเหมาะสมหรือไม่ - ความต่อเนื่องของความคิดมีการขาดหายเป็นตอนๆ หยุดโดยฉับพลันหรือการพูดไม่ปะติดปะต่อ (loosening of association) อ้อมค้อม ออกนอกเรื่อง พูดไม่ตรงประเด็น? หรือมีภาษาพูดแปลกๆ พูดซ้ำๆ พูดติดขัด หรือไม่พูดเลย
3.อารมณ์ (affect and mood)	- สังเกตสีหน้าว่ามีอารมณ์วิตกกังวล เศร้า รื่นเริงผิดปกติ หงุดหงิดง่าย เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ แสดงอารมณ์สอดคล้อง (appropriate)หรือไม่สอดคล้องกับเรื่องที่เล่า (inappropriate)
4.ความคิด (thought)	- สังเกตว่ากระแสความคิดต่อเนื่องกันดีหรือไม่ พูดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (flight of idea) นอกจากกระแสความคิดที่

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
	แสดงออกทางการพูดแล้ว ควรสังเกต เนื้อหาความคิด ของผู้ป่วยด้วย เช่น ความคิดลบอัตโนมัติ การย่ำคิด ความกลัว ความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออยากทำร้ายผู้อื่น หรือความรู้สึกผิด
5. การรับรู้ (perception)	-ถามถึงอาการประสาทหลอน (hallucination) เช่น เสียงแว่ว ภาพหลอน หรือแปลภาพผิด(illusion) และสังเกตอาการที่แสดงว่าอาจมีประสาทหลอน เช่น พูดคนเดียว หรือเหมือนกับกำลังโต้ตอบกับสิ่งเร้าบางอย่าง และผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่ออาการดังกล่าว
6.การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลและสภาวะการณ์ (orientation)	-ถามเกี่ยวกับการรับรู้ เวลา (time) สถานที่ (place) บุคคล (person) ดังนี้ เวลา : ถามว่าขณะนี้เวลาใด หรืออาจถามช่วงของวัน เช้า บ่าย เย็น กลางวัน-กลางคืน สถานที่ : ที่นี้(ที่เรามารับรักษาตัว)คือที่ไหน บุคคล : บุคคลที่กำลังสัมภาษณ์หรือเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ เป็นใคร ฯลฯ
7.ความจำ (memory)	1. ความจำในอดีต (remote memory) : ถามถึงประวัติต่างๆและตรวจสอบว่าตรงตามนั้นหรือไม่ เช่น วันเกิด ที่อยู่ อายุ การเรียงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ 2. ความจำในปัจจุบัน (recent memory) : ถามถึงเหตุการณ์ในช่วง 24 ชั่วโมง หรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น อาหารมื้อเช้า กิจกรรมที่ทำวันนี้ 3. ความจำเฉพาะหน้า (retention and recall) : 3.1 ให้ จำชื่อสิ่งของ 3 สิ่งที่ไม่สัมพันธ์กัน เช่น ดอกไม้ รถไฟ แก้วอิ ให้ผู้ป่วยทวนตาม หลังจากนั้นอีกประมาณ 3 นาทีย้อนกลับมาถามให้ผู้ป่วยทวนชื่อของ 3 อย่างอีกครั้ง

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
	<p>3.2 ให้ผู้ป่วยทวนเลขภายหลังที่ผู้ตรวจอ่านให้ฟัง 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยทำผิดให้อ่านเลขจำนวนใหม่ ไม่อ่านซ้ำจำนวนเดิม= digit forward คนปกติจะทำได้ 6-7 หลัก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทวนเลขกลับหลัง = digit backward ซึ่งคนปกติจะทำได้ 3- 4 หลัก (การทดสอบส่วนนี้เป็นการตรวจ immediate recall)</p>
<p>8.ความใส่ใจและสมาธิ (attention and concentration)</p>	<p>-สังเกตความสนใจในการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง -ให้ลบเลขเป็นอนุกรม คือ ให้ทำ 100-7 ในใจโดยให้หักออกทีละ 7 แล้วบอกผลลัพธ์ -ให้ผู้ตรวจตามลำดับไปเรื่อย ๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเอง ให้ลบประมาณ 5 ลำดับ ถ้าทำไม่ได้เนื่องจากยากเกินไป จึงค่อยเปลี่ยนเป็นใช้ 20-3 ไปเรื่อย ๆ แทน</p>
<p>9.เชาว์ปัญญา และความรู้รอบรู้ (intelligence and general knowledge)</p>	<p>-ถามความรู้ทั่วไป เช่น ชื่อบุคคลสำคัญ สถานที่สำคัญ -ให้เปรียบเทียบของสองอย่างว่าต่างกันหรือเหมือนกันอย่างไรเพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถคิดในระดับที่เป็นนามธรรมได้มากน้อยเพียงใดโดยให้เปรียบเทียบหาความแตกต่างก่อนได้แก่ : กลางวัน กับ กลางคืน, ต้นโพธิ์ กับ ต้นมะเขือ, เด็ก กับ คนแคระ แล้วให้เปรียบเทียบว่าสองอย่างนี้เหมือนกันอย่างไรได้แก่ : ส้ม กับ กล้วย , แมว กับ หู, รถ กับ เรือ -ให้อธิบายความหมายของคำพังเพยและสุภาษิต ซึ่งเป็นการตรวจว่าผู้ป่วยมีความคิดนามธรรมมากน้อยเพียงใดเช่นกัน ได้แก่ น้ำขึ้นให้รีบตัก, หนีเสือปะจระเข้, ชีช้าจับตักแตน</p>
<p>10.การตัดสินใจ (judgment)</p>	<p>-ตรวจได้จากการซักประวัติดูการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆของผู้ป่วยว่าเหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่</p>

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
	หรืออาจใช้วิธีตรวจให้ทดลองตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในสถานการณ์บางอย่าง เช่น เขาจะอย่างไรถ้าพบจดหมายที่เจ้าหน้าที่ของและติดแสตมป์เรียบร้อยแล้วทกอยู่ ถ้าเขานั่งอยู่ในโรงภาพยนตร์และเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นว่าเริ่มมีไฟไหม้จะทำอย่างไร ฯลฯ
11.การหยั่งรู้ภาวะการเจ็บป่วย หรือการรู้จักตน (insight)	- ผู้ป่วยที่ insight ดี จะยอมรับว่าตนไม่สบาย ยอมรับว่าตนมีปัญหาทางจิตใจ รวมทั้งเข้าใจสาเหตุของปัญหาและสภาพจิตใจของตนเอง อาจใช้คำถามเพื่อประเมิน insight เช่น เพราะอะไรเขาจึงต้องมาอยู่ที่โรงพยาบาล

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยรุ่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางอารมณ์ การเรียน และความสัมพันธ์ทางสังคม การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความสำคัญ เนื่องจากวัยรุ่นมักไม่แสดงอาการชัดเจนหรืออาจเข้าใจอารมณ์ของตนเองได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ เป็นกระบวนการสำคัญในการระบุผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างทันท่วงที มีเครื่องมือหลายชนิดที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีที่มาทางวิชาการที่แตกต่างกัน การประเมินจึงต้องอาศัยหลายวิธี ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ การสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม การซักประวัติครอบครัวและสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการสังเกตจากครอบครัวและโรงเรียน ในหัวข้อถัดไปจะกล่าวถึงแบบประเมินดังนี้

แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

เป็นแบบคัดกรองในการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและ คณะ (Arunpongpaisal et al., 2019) ใช้ในการคัดกรองเด็กวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใช้คัดแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มไม่ป่วยและ

ลดภาวะการวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อนำผู้ป่วยเข้ากระบวนการช่วยเหลืออย่างเร็วสุด แบบประเมินเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการเลือกคำตอบ มีหรือไม่มี

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลินเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง วัยรุ่นมีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อแบบแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2561) ที่ดัดแปลงมาจาก MINI หมวด C Suicidality ใช้สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่อายุ 18 ปีขึ้นไป

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบาง วัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย > 7 วัน	เป็นทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ครอบครัวยึดติด	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซา ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือน ที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

การแปลผล

ถ้ามีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 ถือว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

คะแนนรวมระหว่าง 7-12 แปลว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย

คะแนนรวมระหว่าง 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

และคะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 19 แปลว่ามีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

มีข้อสังเกตว่า ถ้าคะแนนของ 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

แบบประเมินที่พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2561) ที่ดัดแปลงมาจาก MINI หมวด C Suicidality

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
คำถาม				
1		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมวันนี้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
		คะแนนรวมทั้งหมด		

การแปลผล

คะแนนรวม 0 ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง โดยแบ่งได้ดังนี้

คะแนนรวม 1-8 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย

คะแนนรวม 9-16 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 17 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับ
รุนแรง
ถ้าคะแนน $8Q \geq 17$ ส่งต่อโรงพยาบาลมีจิตแพทย์ด่วน

แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI)

เป็นเครื่องมือพัฒนาโดย Kovacs (1985) โดยปรับปรุงจาก Beck Depression Inventory (BDI) เพื่อใช้กับเด็กและวัยรุ่นลักษณะ: ประกอบด้วย 27 ข้อคำถามใช้ประเมิน อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายภาพของภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 7-17 ปี แบบ ประเมินฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ใช้สำหรับประเมินในเด็กและวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย คำถาม 27 ข้อเกี่ยวกับ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีระดับความรุนแรงของอาการ ตัวเลือกไม่มีอาการเลยหรือมีน้อยคะแนน เท่ากับ 0 มีอาการบ่อยครั้งหรือนานครั้งมีคะแนนเท่ากับ 1 และ มีอาการตลอดเวลา มี คะแนนเท่ากับ 2 ผลรวมของคะแนนตั้งแต่ 0-52 ถ้ามีคะแนนมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป ถือว่า มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

เป็นแบบประเมินพัฒนาโดย Weissman et al. (1980) ดัดแปลงจาก CES-D ซึ่งใช้ กับผู้ใหญ่ มี 20 ข้อคำถาม เน้นอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้กับเด็กและ วัยรุ่นอายุ 6-17 ปี (Weissman et al. (1980)

แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้พัฒนา แบบประเมินนี้ใช้เป็นเครื่องมือที่ให้เด็กตอบแบบ ประเมินด้วยตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อย ๆ ตลอดเวลา ทุกข้อให้เลือกเพียง คำตอบเดียว ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้ามี 4 ระดับ คือ

ไม่เคย	(<1 วัน)	คะแนนเท่ากับ 0
นาน ๆ ครั้ง	(1-2 วัน)	คะแนนเท่ากับ 1
บ่อย ๆ	(3-4 วัน)	คะแนนเท่ากับ 2
ตลอดเวลา	(5-7 วัน)	คะแนนเท่ากับ 3

คำชี้แจงสำหรับการใช้เครื่องมือประเมินโดย เด็กและวัยรุ่น

แบบประเมินเหล่านี้ใช้เพื่อประเมินตนเองเบื้องต้น ไม่ใช้การวินิจฉัยโรค ผลการประเมินจะมีความถูกต้องเมื่อน้อง ๆ ตอบตามความเป็นจริง อย่าใช้เวลาในการตอบแต่ละคำถามนานเกินไป พยายามตอบทันทีที่อ่านคำถามและคำตอบเสร็จ ผลการประเมินจะสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตัวน้องๆ ในช่วงเวลาที่ทำกรประเมิน ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้(การทำแบบประเมินซ้ำควรมีระยะเวลาห่างจากครั้งที่ผ่านมามากอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป)

คำชี้แจง นักศึกษามีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักศึกษามากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เคย (น้อย กว่า 1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3- 4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1 ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2 ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3 ฉันไม่สามารถจัดความเศร้า ออกจากใจได้แม้จะมีคนคอย ช่วยเหลือก็ตาม				
4 ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอๆ กับคนอื่น				
5 ฉันไม่มีสมาธิ				
6 ฉันรู้สึกหุดหู่				
7 ทุกๆ สิ่งที่ผมจะทำจะต้องฝืนใจ				
8 ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9 ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งเลว				
10 ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11 ฉันนอนไม่เคยหลับ				

ข้อคำถาม	ไม่เคย (น้อยกว่า 1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3- 4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
12 ฉันมีความสุข				
13 ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14 ฉันรู้สึกเหงา				
15 ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16 ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17 ฉันร้องไห้				
18 ฉันรู้สึกเศร้า				
19 ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20 ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

การแปลผล

แบบคัดกรองเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ

ไม่เคย (น้อยกว่า 1 วัน) คะแนนเท่ากับ 0

นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน) คะแนนเท่ากับ 1

บ่อย ๆ (3-4 วัน) คะแนนเท่ากับ 2

ตลอดเวลา (5-7 วัน) คะแนนเท่ากับ 3

แบบประเมินทั้งฉบับมีคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน โดยระบุเกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้าอยู่ที่จุดตัดคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (PHQ-A)

เป็นเวอร์ชันที่พัฒนาเพื่อใช้กับวัยรุ่นโดยเฉพาะ มีโครงสร้างคล้าย PHQ-9 แต่ปรับให้เหมาะสมกับพฤติกรรมและอารมณ์ของวัยรุ่น แบบประเมิน PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) พัฒนาโดย Pfizer Inc. ในปี 1999 โดยเป็นส่วนหนึ่งของ Patient Health Questionnaire (PHQ) ซึ่งออกแบบมาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มโรคต่าง ๆ PHQ-9 ได้รับความนิยมเนื่องจากเป็นแบบสอบถามสั้น กระชับ และมีเกณฑ์อ้างอิงตาม

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ใช้ได้กับประชากรทั่วไป และผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลเป็นไทยโดย วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชติดา ภาวสุทธิไพจิตร และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (Panyawong, Pavasuthipaisit & Samtitadakul 2020) มีวิธีการใช้วัยรุ่น อายุ 11-20 ปี เป็นแบบประเมินแบบ self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน นอกจากนี้ ผู้พัฒนาเครื่องมือ ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง โดยไม่ต้องคิดคะแนน

การให้คะแนน ตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

ไม่มีเลย 0 คะแนน;

มีบางวัน 1 คะแนน;

มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน;

มีแทบทุกวัน 3 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวม ระดับภาวะซึมเศร้า

0 – 4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ขณะนี้ยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน

5 – 9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ควรหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ

10 – 14 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา

15 – 19 มีภาวะซึมเศร้ามาก

20 – 27 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

หมายเหตุ: หากพบความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย จากข้อ 9 หรือ 2 ข้อคำถามเพิ่ม วัยรุ่นควรได้รับการ ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย แม้คะแนนรวมจะไม่ถึงเกณฑ์ก็ตาม

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบประเมิน PHQ-A อาจนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ ถ้ามีการให้ 2 คะแนน (มีมากกว่า 7 วัน) 5 ใน 9 ข้อขึ้นไป และหากข้อ 9 (ความคิดอยากตาย) มีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้นับรวมด้วย โดยหนึ่งในนั้นจะต้องมี ข้อ 1 (อารมณ์เศร้า) หรือ ข้อ 2 (หมดความสนใจ) รวมอยู่ด้วย

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

(Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A)

อายุ _____ ปี เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง วันที่ _____

คำชี้แจง: ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน? โปรดกาเครื่องหมาย “/” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

ข้อความ	(0) ไม่มีเลย	(1) มีบ้างวัน)	(2) มีมากกว่า 7 วัน	(3) มีแทบทุกวัน
1. รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง				
2. เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ				
3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป				
4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ				
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6. รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. จดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์				
8. พุดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือ กระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ				
9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
รวมคะแนน				

ข้อความ	(0) ไม่มี เลย	(1) มีบาง วัน)	(2) มี มากกว่า 7 วัน	(3) มี แทบ ทุกวัน
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				

สรุปเปรียบเทียบเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือ	ปีที่พัฒนา	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนคำถาม	จุดเด่น
PHQ-9	1999	ผู้ใหญ่และวัยรุ่น 9	สั้น	กระชับ ใช้งานง่าย
PHQ-A	2000s	วัยรุ่น 12-18 ปี 9		ปรับให้เหมาะกับวัยรุ่น
CES-DC	1980	เด็กและวัยรุ่น 20		ปรับจาก CES-D สำหรับเด็ก
CDI	1979	เด็กและวัยรุ่น 27		เน้นความคิดและอารมณ์เด็ก

เครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และนักจิตวิทยาสามารถคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

บทสรุป

การประเมินและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบ เนื่องจากวัยรุ่นมักแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมแตกต่างจากผู้ใหญ่ การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ประเมินเข้าใจบริบทชีวิตของวัยรุ่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน ความเครียดในโรงเรียน และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ใช้ประเมินลักษณะภายนอก กระบวนการคิด อารมณ์ การรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่ได้แนะนำไว้ในบทนี้จะช่วยสนับสนุนข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต ทำให้สามารถวินิจฉัยได้แม่นยำยิ่งขึ้น การใช้

เครื่องมือประเมินควรเลือกให้เหมาะสมกับวัย วัฒนธรรม และระดับการศึกษา เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลและการรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย*.
กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

<https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202301161330193317.pdf>

นพพร ดิษฐ์สวัสดิ์. (2565). *การใช้เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิต. แบบประเมิน Q2 Plus*. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตระดับสากล นครินทร์. สืบค้นจาก

https://www.nur.psu.ac.th/conference_nur/file_doc/29_28062295333.pdf

Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237–249.

Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 196–204.

Kongsuk, T., Kunjonsor, S., Somchai, S., & Sittichai, K. (2018). [บทความภาษาไทย]. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(4), 321–334.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995–998.

Panyawong, S., Pavasuthipaisit, N., & Samittadakul, P. (2020). *Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)*.

[https://necam.go.th/wp-](https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/08/14.%E0%B8%8A%E0%B8%86%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%8B%E0%B8%82-PHQ-A.pdf)

[content/uploads/2020/08/14.%E0%B8%8A%E0%B8%86%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%8B%E0%B8%82-PHQ-A.pdf](https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/08/14.%E0%B8%8A%E0%B8%86%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%A2%E0%B8%A1%E0%B8%8B%E0%B8%82-PHQ-A.pdf)

Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(12), 736-740.

บทนำ

ในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสังคมสมัยใหม่ ความเครียดจากการเรียน การปรับตัวในสังคม การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ รวมถึงปัจจัยทางครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นตัวกระตุ้นที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างง่ายดาย ภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการพัฒนาทักษะชีวิตในอนาคต

การบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่การพัฒนาในด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจมีความเปราะบาง การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนในช่วงเวลานี้จะสามารถป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าลุกลามและส่งผลกระทบต่อในระยะยาว เนื้อหาบทนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอกระบวนการและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่ประสบปัญหาซึมเศร้า โดยจะนำเสนอแนวทางการรักษาที่หลากหลาย ทั้งการบำบัดด้านจิตสังคม การบำบัดรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางเลือก รวมถึงการสร้างความเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าและวิธีการที่สามารถช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าฟื้นฟูและพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้นเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดีในอนาคต

เนื้อหา

การบำบัดด้านจิตสังคม

การให้คำปรึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)

ครอบครัวบำบัด

การรักษาด้วยยา

ยาต้านอารมณ์เศร้า : ชนิดของยา อาการ และผลข้างเคียง

การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

การรักษาด้วยไฟฟ้า

การบำบัดทางเลือก

ดนตรีบำบัด

ศิลปะบำบัด

การฝึกหัดผ่อนคลายกล้ามเนื้อของร่างกาย

การออกกำลังกาย

บทสรุป

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายหลักการการบำบัดด้านจิตสังคม การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางเลือกได้
2. สามารถนำความรู้เรื่องการบำบัดด้านจิตสังคม การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางเลือกไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

เนื้อหา

การบำบัดด้านจิตสังคม

การบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial Therapy) เป็นกระบวนการที่เน้นการเข้าใจและปรับเปลี่ยนปัจจัยทางสังคมและจิตใจที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยการบำบัดประเภทนี้มุ่งเน้นการปรับปรุงความสัมพันธ์ทางสังคม การเสริมสร้างทักษะในการรับมือกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาชีวิตในแบบที่เหมาะสมกับวัยรุ่นในแต่ละช่วงวัยมีดังนี้

การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา (Counseling) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ใช้ทักษะการฟัง การสนทนา และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษา (Counselee) ให้สามารถเข้าใจตนเอง รับมือกับปัญหา และตัดสินใจอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่เผชิญ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามกระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา การให้คำปรึกษาไม่ใช้การสั่งสอนหรือการแนะนำ ไม่มีวิธีการที่ตายตัว แต่เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นพบทางออกด้วยตนเอง และพัฒนาอำนาจภายในเพื่อเผชิญกับชีวิตอย่างมีความมั่นคง

การให้คำปรึกษาจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่อาศัยความเข้าใจในพฤติกรรมมนุษย์ ความเห็นอกเห็นใจ การใช้เทคนิคเชิงจิตวิทยา และจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับคำปรึกษา

กระบวนการให้คำปรึกษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าใช้ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย จนถึงปานกลาง เป็นการช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าพัฒนาไปสู่ความรุนแรง จนกลายเป็นโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษาจะมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับวัยรุ่นผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถสำรวจและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง ยอมรับ และหาวิธีจัดการหรือแก้ไขปัญหา เพื่อลดความทุกข์ให้บรรเทาลง และสามารถปรับตัวพัฒนาตนเองได้ในทิศทางที่ดีขึ้น ปัจจุบันมีการให้คำปรึกษาหลากหลายแนวคิด เช่น การให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ มาใช้ในการให้คำปรึกษา ซึ่งการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ทัชชา สุริโย และคณะ, 2559) การให้คำปรึกษาในปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564) โดยเริ่มจากกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การตกลงบริการ กำหนดระยะเวลาของการให้คำปรึกษา การสร้างบรรยากาศไว้วางใจ จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำถามเพื่อกระตุ้นการเปิดประเด็นปัญหา เลือกแนวทางการแก้ไข

ปัญหาร่วมกัน พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทางที่เลือกโดยเน้นการใช้ศักยภาพของผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้แนวทางการแก้ไขสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง

การให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นกระบวนการหนึ่งในแนวทางการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งให้ความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคทางจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติ รวมถึงบุคคลที่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองหรือญาติแบบสั้น กระชับ เข้าใจง่าย ใช้เวลาไม่นาน โดยเน้นทำความเข้าใจในสาเหตุ อาการ อาการแสดง ปัจจัยกระตุ้น การดูแลตนเอง โดยมีทั้งรูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม รายครอบครัว

ปัจจุบันได้มีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษากับภาวะซึมเศร้าอย่างมากมาย ยกตัวอย่าง งานวิจัยของนิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.68, p < .05$) ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.96, p > .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาภายหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.68, p < .05$)

การให้สุขภาพจิตศึกษายึดหลักการสอนสุขภาพจิตแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ที่ไม่ใช่การสอนอย่างเดียว เป็นการสื่อสารสองทางโดยใช้ทักษะการสื่อสารที่สำคัญ ได้แก่ การตั้งคำถาม การฟังอย่างตั้งใจ การให้ข้อมูล การให้ข้อเสนอแนะ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การขยายความ การสรุปความ เป็นต้น ประกอบไปด้วย

ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นประเมิน การประเมินก่อนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากช่วยให้ทราบระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และทักษะที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลมีต่อเรื่องที่จะให้ความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากประเด็นนั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ หรือเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีความต้องการจำเป็นเฉพาะด้าน พยาบาลควรดำเนินการประเมินอย่างครอบคลุมในหลายมิติ ทั้งด้านพฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ และความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถวางแผนการสอนที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินในระยะนี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในขั้นตอนถัดไป โดยอาจใช้เทคนิคหลากหลาย อาทิ การสนทนา การสังเกต การซักถาม หรือการใช้แบบสอบถาม (สุขุมาล ว่องวานิชย์, 2562)

ขั้นตอนที่ 2 : ขั้นให้ข้อมูล ภายหลังจากการประเมินในขั้นต้น ผู้สอนจะสามารถรู้ระดับความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับประเด็นที่จะให้ความรู้ได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้จึงควรเจาะจงและตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยเฉพาะรายหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถนำมาใช้ต่อยอดเพื่อวางแผนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ผู้สอนควรเสริมแรงทางบวกผ่านการให้กำลังใจ และคำชมเชยอย่างเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม หากพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้สอนควรดำเนินการแก้ไขโดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม พร้อมทั้งใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ การใช้สื่อประกอบการสอน เช่น ภาพประกอบ เอกสารแผ่นพับ แผนภาพ สื่อวิดีโอในรูปแบบออนไลน์ การผลิตสื่อด้วยรูปแบบ QR Code จะช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนทำความเข้าใจเนื้อหาที่สอนได้ตลอดเวลา ทุกโอกาสที่ต้องการ ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ส่งเสริมการจดจำและการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเรียนรู้ (พรณี พุ่มพันธ์, 2561)

ขั้นตอนที่ 3 : ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การสอนจำเป็นต้องอาศัยทักษะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ

ทักษะการตั้งคำถามอย่างเหมาะสม และการสรุปประเด็นสำคัญ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินว่าผู้ป่วยหรือญาติสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาที่ได้รับหรือไม่ วิธีการเหล่านี้ช่วยสะท้อนถึงระดับการเรียนรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยเองได้อย่างถูกต้อง (Bastable, 2019)

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เป็นแนวทางหนึ่งของการบำบัดทางจิตวิทยาซึ่งมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยกระบวนการบำบัดจะเกิดขึ้นผ่านการสนทนาอย่างมีระบบระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้ให้การบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถตระหนักและเข้าใจถึงความคิด ความเชื่อ หรือมุมมองที่อาจเบี่ยงเบนจากข้อเท็จจริง อันอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เป้าหมายหลักของ Cognitive Behavior Therapy (CBT) คือการช่วยให้บุคคลสามารถจัดระเบียบความคิด ลดความบิดเบือนทางการรับรู้ และปรับพฤติกรรมที่ไม่สร้างสรรค์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างทักษะในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกายของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ความบิดเบือนขององค์ประกอบหนึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นได้ เช่น ความคิดในเชิงลบอาจนำไปสู่อารมณ์หดหู่ พฤติกรรมหลีกเลี่ยง หรือแม้แต่อาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ดังนั้น การปรับเปลี่ยนในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง เช่น การปรับวิธีคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ย่อมสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในด้านอื่น ๆ ได้เช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ การบำบัดด้วยวิธี Cognitive Behavior Therapy (CBT) จึงได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในวงการสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตก

กังวล ความเครียดเรื้อรัง รวมถึงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่

ปัจจุบันมีหลายแนวทางของจิตบำบัดที่นำมาใช้สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดซึ่งเป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับมากที่สุดรูปแบบหนึ่งคือการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม(Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เพราะเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ช่วยปรับมุมมองความคิดอัตโนมัติเชิงลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลให้เป็นมุมมองที่เป็นจริง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่น ช่วยให้การทำหน้าที่และการปรับตัวทางสังคมดีขึ้นและเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้(Dardas, L. A. et al., 2023)

หนึ่งในหลักการสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) คือ ความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกาย ซึ่งต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง กล่าวคือ ความคิดในเชิงลบหรือการตีความสถานการณ์อย่างไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถนำไปสู่ภาวะอารมณ์ด้านลบ และส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน

ในทางกลับกัน หากบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนหรือแทนที่ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลด้วยมุมมองที่มีความสมจริงและเป็นกลางมากยิ่งขึ้น ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทิศทางที่ดี และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สร้างสรรค์และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ถือเป็นกลไกสำคัญของการบำบัดแบบ CBT

นอกจากนี้ ภาวะปัญหาทางจิตใจจำนวนมาก เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือความเครียดเรื้อรัง มักมีรากฐานบางส่วนมาจากวิถีคิดที่ไม่เหมาะสม เช่น การตีความในแง่ลบเกินจริง หรือการมีรูปแบบความคิดซ้ำซากที่ส่งผลต่อความรู้สึกด้อยค่า และการตอบสนองต่อสถานการณ์ในลักษณะหลีกเลี่ยง หากบุคคลได้รับการเรียนรู้วิถีคิดและวิธีจัดการกับสถานการณ์อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการบำบัด ก็จะสามารถลดความรุนแรงของอาการ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดด้วยวิธี CBT

การบำบัดแบบ CBT มีการนำเทคนิคที่หลากหลายมาใช้ โดยจะพิจารณาเลือกใช้ตามลักษณะของปัญหา และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งนักบำบัดจะทำหน้าที่ประเมินความต้องการเฉพาะราย และปรับใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเทคนิคที่มักนำมาใช้ ได้แก่:

- การระบุและท้าทายความคิดอัตโนมัติ (Identifying and Challenging Automatic Thoughts): ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว และตั้งคำถามต่อความถูกต้องของความคิดนั้น
- การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring): ส่งเสริมการคิดในมุมใหม่ที่เป็นกลางหรือสร้างสรรค์มากขึ้น
- การฝึกพฤติกรรม (Behavioral Activation): ใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยกระตุ้นให้กลับไปทำกิจกรรมที่เคยให้ความสุข
- การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Problem-Solving Training): สอนเทคนิคการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบ และการวางแผนการจัดการที่เหมาะสม
- การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation Training): เช่น เทคนิคการหายใจลึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงเครียดทางกาย

ครอบครัวบำบัด

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในแง่ความหมายทางสังคมของมนุษย์ บุคคลดำเนินชีวิตในแต่ละวันอยู่ในครอบครัวตั้งแต่เกิดยันตาย แต่บุคคลมักไม่รู้จักหรือเข้าใจในครอบครัวดีพอ บุคคลอาจมีชีวิตในครอบครัวอย่างเป็นสุข สมาชิกในครอบครัวต่างมีความรักความเข้าใจแก่กันและกัน หรือ บุคคลอาจมีชีวิตในครอบครัวอย่างระทมทุกข์มีแต่ปมขัดแย้งในครอบครัว อะไรคือสาเหตุของความแตกต่างดังกล่าว ภายใต้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีกลไกอะไรบางอย่างที่บุคคลสร้างขึ้นหรือไม่ หรือเป็นแค่เพียงความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลเท่านั้น จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการมองปัญหาครอบครัวเบื้องต้นของบุคคลผ่านตัวบุคคลไปยังเบื้องหลังของบุคคล ในปัจจุบันจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นองค์ประกอบหลัก

องค์ประกอบหนึ่งของงานสุขภาพจิต (ต้นสาย แก้วสว่าง และพงศกร รุ่งวิทยานุกวัฒน์, 2563)

การบำบัดครอบครัว (Family Therapy) เป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยาในลักษณะของการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเสริมสร้างและปรับปรุงความสัมพันธ์ภายในระบบครอบครัว รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว การบำบัดครอบครัวมิได้มุ่งเน้นเฉพาะปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่ให้ความสำคัญกับพลวัตของความสัมพันธ์และบริบททางครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจของแต่ละบุคคลในครอบครัว ครอบครัวบำบัดไม่ได้จำกัดเพียงความสัมพันธ์ทางสายเลือด แต่รวมถึงกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันหรือมีบทบาททางอารมณ์ต่อกัน เช่น พ่อแม่และบุตร พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ลุง ป้า น้า อา ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิด รวมไปถึงคู่สมรส หรือผู้ที่ใช้ชีวิตร่วมกันในลักษณะครอบครัว โดยการบำบัดจะจัดให้สมาชิกที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการเพื่อพูดคุยสำรวจปัญหา และร่วมกันหาทางแก้ไข การบำบัดครอบครัวมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ครอบครัวกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหรือความขัดแย้งที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์หรือสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เช่น

- การปรับตัวต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต อาทิ การย้ายถิ่นฐาน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการเจ็บป่วยทางกาย
- การเปลี่ยนผ่านตามช่วงวัย โดยเฉพาะความท้าทายที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นสูงอายุ
- การเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและการจัดการกับความโศกเศร้า
- ความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น ความตึงเครียดระหว่างพ่อแม่กับบุตร หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ การบำบัดครอบครัวยังได้รับการประยุกต์ใช้ในบริบทของการรักษาปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะบุคคล โดยอาศัยความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู ยกตัวอย่างเช่น การบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมักจำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากครอบครัวทั้งในด้านการดูแล กำกับ และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกในการฟื้นฟู ผู้ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดครอบครัวต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการ

ทำงานกับระบบครอบครัว โดยทั่วไปมักเป็นนักจิตวิทยา นักบำบัด โดยนักบำบัดมีบทบาทในการให้คำปรึกษา ส่งเสริมความเข้าใจระหว่างสมาชิกครอบครัว ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม

รูปแบบของการบำบัดครอบครัวมีความหลากหลายทั้งในด้านระยะเวลา เทคนิคที่ใช้ และวัตถุประสงค์ของการบำบัด ซึ่งอาจมีทั้งการบำบัดระยะสั้นเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการบำบัดระยะยาวที่เน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบครอบครัว ทั้งนี้ การเลือกแนวทางที่เหมาะสมจะขึ้นอยู่กับการประเมินปัญหาเฉพาะกรณีและเป้าหมายร่วมกันของทั้งผู้บำบัดและครอบครัว

การรักษาด้วยยา

ยาต้านอารมณ์เศร้า : ชนิดของยา อาการ และผลข้างเคียง

การบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า (antidepressants drug) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้ามาจากหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา คือ ทฤษฎีชีวภาพ (Biological theory) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่ม Monoamines (ซึ่งประกอบด้วย serotonin, norepinephrine และ dopamine) ยาต้านอารมณ์เศร้าจะไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาท และหากต้องการให้มีประสิทธิภาพในการรักษาควรใช้การบำบัดรักษาแบบผสมผสานหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งเป้าหมายของทุกรูปแบบการรักษาที่หลากหลายก็เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2562, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

ชนิดของยาต้านอารมณ์เศร้า (antidepressants) แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา โดยปัจจุบันยังมีการใช้ยาทั้งกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ แบ่งได้ 4 กลุ่มใหญ่ คือ ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่มเก่า หรือ (First-Generation Antidepressants) ได้แก่ 1.กลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs), 2.กลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) และยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่มใหม่ หรือ (Second-Generation Antidepressants) ได้แก่ 3.กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), 4.กลุ่ม novel antidepressants (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2562) โดยยาต้าน

อารมณ์เศร้าแต่ละกลุ่มมีข้อดีและอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน ซึ่งการเลือกใช้ยากลุ่มนี้จะขึ้นอยู่กับอาการและการพิจารณาของแพทย์ตามอาการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย

ยาต้านอารมณ์เศร้ามลุ่มเก่า หรือ (First-Generation Antidepressants) กลุ่มนี้คือยาที่ใช้กันบ่อย ได้แก่ amitriptyline และ nortriptyline แต่เนื่องจากยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงรุนแรงเมื่อใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้กัน แพทย์ทั่วไปอาจมีการสั่งจ่ายยา 2 ตัวนี้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเรื้อรังหรือเพื่อป้องกันปวดศีรษะไมเกรน ซึ่งอาการข้างเคียงของยา คือ ง่วงซึม อ่อนเพลีย จะช่วยเรื่องการนอนหลับได้ดีในช่วงแรกของการรักษาห้ามขับรถ และควรหลีกเลี่ยงการทำงานกับเครื่องจักร เนื่องจากการง่วงซึมอาจทำให้การตัดสินใจเรื่องช้าลง หากสังเกตว่ากินยาแล้วง่วงมาก ควรแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา อาการปากคอแห้ง เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย แก้โดยให้จิบน้ำบ่อยๆ อาการตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด จะค่อยๆ ดีขึ้นเอง ท้องผูก เวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ หากเป็นบ่อยครั้งควรแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา (มานิช หล่อตระกูล, 2566) ยาด้านเศร้ามลุ่มเก่า ได้แก่

1. ยาด้านอารมณ์เศร้ามลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) ยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างของโมเลกุลที่มีลักษณะเป็นวงแหวนสามวง (tricyclic ring) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับ (Reuptake inhibitor) ของสารสื่อประสาททั้งซีโรโทนิน (serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT)) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้สารสื่อประสาทเหล่านี้ยังคงอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) ได้นานขึ้น ซึ่งยากลุ่มนี้ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามลุ่มรุนแรง ในกรณีที่ยาในกลุ่มใหม่รักษาไม่ได้ผล รวมถึงรักษาโรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Amitriptyline, Nortriptyline, clomipramine, Doxepin, Imipramine อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หรือความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (orthostatic hypotension)

2. ยาด้านอารมณ์เศร้ามลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) ซึ่งมีบทบาทในการย่อยสลายสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT)) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน ยากลุ่มนี้จะทำให้สารสื่อประสาทต่าง ๆ

ถูกทำลายลดลง ส่งผลให้คงอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) ได้มากขึ้นซึ่งยากลุ่มนี้ใช้รักษาภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในกรณีที่ยาในกลุ่มใหม่รักษาไม่ได้ผล โรควิตกกังวล และโรคพาร์กินสัน ยากลุ่มนี้ ได้แก่ phenelzine, tranylcypromine, selegiline อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (orthostatic hypotension) คอแห้ง ท้องผูก อาการกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ (agitation)

ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่มใหม่ หรือ (Second-Generation Antidepressants) กลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเก่า โดยเฉพาะอาการปากคอแห้ง ท้องผูก หน้ามืด เวียนศีรษะ เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปรับสารสื่อประสาทเฉพาะซีโรโทนิน อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ กระวนกระวาย หงุดหงิดง่ายขึ้น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ให้ปรึกษาแพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดอาการข้างเคียงร่วมด้วย หรือลดปริมาณยา หรือเปลี่ยนไปใช้ยารุ่นอื่น ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ไม่ทำให้ง่วงนอน แพทย์จึงมักนิยมให้รับประทานยาช่วงเช้า บางคนมีอาการคลื่นไส้ จุกแน่นท้อง มักจะเป็นช่วงสั้นๆ หลังกินยา ถ้ามีอาการให้ลองเปลี่ยนมากินยาดอนทอขวาง ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์ (มานิช หล่อตระกูล, 2566) ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่

3. ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) จากผลการศึกษาวิจัยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น พบว่า การใช้ยากลุ่ม SSRI มีประสิทธิภาพที่ดีและแนะนำให้ใช้ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น (Allan Young, Marsal Sanches, Jair C. Soares, 2024) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin reuptake inhibition) สู่เซลล์ประสาท presynaptic neurons ทำให้คงอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) เพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยา ยังไม่จับกับ histaminic, cholinergic และadrenergic ทำให้ลดอาการข้างเคียงของยาได้หลายอย่าง ยากลุ่มนี้จึงนิยมใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือโรคซึมเศร้าเป็นอันดับแรก แต่ประสิทธิภาพในการรักษาอาจได้ผลดีไม่เท่ากับยากลุ่มเก่าสำหรับรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2562) ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Fluoxetine, Sertraline, Escitalopram, Citalopram, Paroxetine อาการข้างเคียง ปวดศีรษะ สับสนกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศแข็งตัวช้าหรือไม่แข็งตัว หลังช้าหรือไม่หลัง หากมีผลกระทบ

ต่อชีวิตประจำวัน หรือการดำเนินชีวิตคู่ ให้รีบแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาต่อไป (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

4. ยาทานอารมณ์เศร้ากลุ่ม Newer Antidepressants (NAs) ยากลุ่มนี้ได้พัฒนาในช่วงระยะหลังไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีการปรับปรุงให้ยามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและผลข้างเคียงน้อยลง ตัวอย่างชื่อยา เช่น gepirone (Exxua), esketamine (Spravato), brexanolone (Zulresso), zuranolone (Zurzuvae) และ dextromethorphan-bupropion (Auvelity) ยาเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากการทดลองทางคลินิกที่เข้มงวดและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ถือเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญในการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยให้ทางเลือกอื่นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง จำแนกยาตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ดังนี้ (Alex Salman & Ian Mojica, 2024; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2562; ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564; กฤษฎา รัฐ กุลชนะยุทธิ์ และสุรศักดิ์ วิชัยโย, 2567)

4.1 ยากลุ่ม Norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors (NDRIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับสารเฉพาะเจาะจงต่อสารสื่อประสาท Norepinephrine (NE) และ Dopamine (DA) เซลล์ประสาท presynaptic neurons ทำให้คงอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) เพิ่มมากขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ bupropion อาการข้างเคียง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ น้ำหนักลดท้องผูก ปากแห้ง คลื่นไส้อาเจียน มือสั่น มองเห็นภาพไม่ชัด หัวใจเต้นเร็ว คอหอยอักเสบ ซัก

4.2 ยากลุ่ม Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ยากลุ่มนี้ ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับทั้ง serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT) และ Norepinephrine (NE) คล้ายกับยา TCAs แต่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่เฉพาะมากกว่า จึงมีประสิทธิผลใกล้เคียงกับยากลุ่ม TCAs แต่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่า ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ venlafaxine duloxetine และ desvenlafaxine อาการข้างเคียง ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตสูง เลือดออกง่าย กระดูกละเอียด

4.3 ยากลุ่ม Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSA) หรือ alpha-2 antagonist ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ alpha-2 antagonist ตัวรับ serotonin-2 (5-hydroxytryptamine (5-HT₂)) และ serotonin-3 (5-

hydroxytryptamine (5-HT₃)) ซึ่งทำให้การเพิ่มขึ้นของ serotonin มีผลแค่ใน 5-HT₁ receptor และ Norepinephrine (NE) เท่านั้น ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Mirtazapine อาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม คลอเรเตอรอลในเลือดสูง ไชกระดูกเสื่อม แต่ยากกลุ่มนี้จะช่วยลดอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร

4.4 ยากลุ่ม Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับซีโรโทนินหลังการไซแนปส์ (serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT) postsynaptic receptors) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ nefazodone, trazodone อาการข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม ปวดศีรษะ ปากแห้ง ความดันโลหิตลดลงเฉียบพลันขณะเปลี่ยนท่าทาง วิตกกังวล หงุดหงิด หัวใจเต้นผิดปกติ

สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย จิตแพทย์จะพิจารณาให้การดูแลแบบประคับประคองและให้ความรู้ด้านจิตใจหรือจิตบำบัดเป็นแนวทางการรักษาเบื้องต้น ส่วนการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้นจากการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด โดยจิตแพทย์จะเลือกใช้กลุ่มยาต้านอารมณ์เศร้าตามลักษณะอาการและอาการแสดง การตอบสนองต่อยา และผลข้างเคียง จะเริ่มดีขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษา แต่บางรายอาจใช้เวลานานหลายเดือน ในระยะเริ่มต้นควรตรวจติดตามอาการอย่างน้อยทุก ๆ 2 สัปดาห์ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และคณะ, 2561; Phillip Hazell, 2022)

การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

องค์การอนามัยโลก (1985) ได้ให้คำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลไว้ว่า “ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมกับโรค ขนาดยาและระยะเวลาที่เหมาะสม ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อผู้ป่วยและสังคม” ซึ่งการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ประเทศและสังคมโลกที่รุนแรงมากขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ดังนี้

(คู่มือการจัดการเรียนการสอน การใช้อย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2562)

ขั้นตอนในการใช้อย่างสมเหตุผล (จริยา วิหะศุภร และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2558)

1. ข้อบ่งชี้ (Indication) ใช้อย่าเมื่อมีความจำเป็น เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ เช่น การใช้อย่าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าควรมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยให้เลือกยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ประสิทธิภาพ (Efficacy) ยานี้มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดูกลไกการออกฤทธิ์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนเพียงพอ เช่น การใช้อย่าในผู้ป่วยซึมเศร้าช่วยลดอาการซึมเศร้า หรือสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ผลข้างเคียงน้อย ซึ่งเป็นประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีที่สุด

3. ความเสี่ยง (Risk) คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ประโยชน์มากกว่าโทษ ไม่มีข้อห้ามในผู้ป่วย คือ การประเมินและเลือกใช้อย่าที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น อายุ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา โดยการติดตามผลอย่างใกล้ชิด และปรับขนาดยาตามแพทย์การรักษาของแพทย์ เพื่อให้การรักษาปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วย

4. ค่าใช้จ่าย (Cost) ใช้อย่าอย่างพอเพียงและคุ้มค่า เช่น การลดขนาดยาหรือการหยุดยาในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยไม่กระทบต่อผลการรักษา

5. องค์ประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็น (Other considerations) รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง รับผิดชอบและใช้อย่าอย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐานทางวิชาการ เช่น ไม่ใช้อย่าซ้ำซ้อน ใช้อย่าตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

6. ขนาดยา (Dose) ใช้อย่าถูกขนาด เช่น การรักษาในเริ่มต้นด้วยขนาดยาดำ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับยาได้ โดยไม่เสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงรุนแรง ไม่ปรับยาเอง เป็นต้น

7. วิธีให้ยา (Method of administration) คือ การเลือกวิธีการให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งการบริหารยาฉีดหรือยาากิน ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาฉีดเข้า

กล้ามเนื้อ หลีกเลี่ยงการใช้ยาฉีดโดยไม่จำเป็น ยารับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานตอนท้องว่าง เป็นต้น

8. ความถี่ในการให้ยา เช่น ยาควรใช้วันละ 2-3 ครั้ง ไม่ควรใช้เกินแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

9. ระยะเวลาในการให้ยา (Duration of treatment) ใช้ยาในระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม เช่น ยาบางชนิดต้องใช้ติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์จึงจะเห็นผล เป็นต้น

10. การยอมรับของผู้ป่วยและความสะดวกในการใช้ยา (Patient compliance) ใช้ยาโดยคำนึงถึงความสะดวกและการยอมรับของผู้ป่วย เช่น อธิบายหรือให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจ การตรวจสอบความเข้าใจและติดตามผลการใช้ยาทุกครั้ง เป็นต้น

สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลบุคคลที่ได้รับยาทางจิตเวช สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ (Provide information)

1. ตรวจสอบความเข้าใจและความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการจัดการ แพ้ ระวังติดตามและการมาตรวจตามนัดเมื่อได้รับยาทางจิตเวช

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ชัดเจน เข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้รับยาทางจิตเวช

3. แนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ในเรื่องยาทางจิตเวช

4. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ในการจัดการในกรณีที่มีอาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับยาจิตเวชในช่วงเวลาที่กำหนด

5. สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการที่ต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยการเลือกยาให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การพิจารณาขนาดยา วิธีการให้ยา ตลอดจนการติดตามผลการรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นทั้งการบรรเทาอาการและการป้องกันผลข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า ภาษาอังกฤษเรียกว่า Electroconvulsive Therapy หรือเรียกสั้นๆว่า ECT เป็นวิธีการหนึ่งที่ยังใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน โดยวิธีการดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดภาวะชักด้วยกระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัด ผ่านเข้าสู่สมองในระยะเวลาจำกัด เพื่อช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง มีผลทำให้สภาวะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 ชนิด คือ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ (Unmodified) หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ได้ใช้ยานำสลบ และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ (Modified) หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยานำสลบ

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าสำหรับวัยรุ่น (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

1. มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า
2. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงหรือมีอันตรายจากการพยายามฆ่าตัวตาย
3. ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า
4. ทนต่อผลข้างเคียงของยาต้านอารมณ์เศร้าไม่ได้
5. มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวาดระแวง (paranoid) หลงผิด (delusion)

ประสาทหลอน (Hallucination) เป็นต้น (Gledhill & Hodes, 2015)

การพยาบาลผู้ป่วยในการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (จารุวรรณ ก้านศรี, สว่างจิตต์ วสุวัต, ชุติมา มาลัย, ศศิวิมล บุรณะเรข, 2566)

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

1.1 เตรียมทางด้านตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติเพื่อหาข้อมูล

เกี่ยวกับโรคที่เป็นทั้งในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัวเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.2 การเตรียมทางด้านร่างกาย โดยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการงดน้ำงด

อาหารทางปากอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนทำการรักษา ถ้ามีฟันปลอมต้องถอดออก เพื่อป้องกันฟันปลอมหักหรือหลุดร่วงลงไปในคอ หรืออุดกั้นทางเดินหายใจ นำของมีค่า แว่นตา เข็มขัด และโลหะอื่น ๆ ออกจากตัวผู้ป่วย วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตราย

แต่งหน้า ทาเล็บ เพื่อจะได้สังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยปลื้มพอใจให้เรียบร้อยก่อนทำการรักษา

2.3 การเตรียมทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องรับการรักษาด้วยไฟฟ้า จะเกิดความวิตกกังวล โดยกลัวว่าตนเองจะความจำเสื่อม กลัวไม่ฟื้น ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ดังนี้

- อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายการรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยและญาติ โรคที่ควรระวังขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า
- อธิบายขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ระหว่างทำจะมีแพทย์และพยาบาลอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะทำผู้ป่วยรู้สึกตัว จะเจ็บปวดเล็กน้อย
- จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา ประโยชน์ของการรักษา
- อธิบายผลของการรักษา ผลข้างเคียง การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดผลข้างเคียง เช่น อาการง่วงและสับสนจะเป็นอยู่ชั่วคราวและความจำ จะค่อย ๆ กลับมาเป็นปกติ ภายใน 2-4 สัปดาห์ ให้โอกาสผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกกังวลและอยู่กับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความกลัวของผู้ป่วย
- นำข้อมูลที่ได้อาภิบาลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า

- บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ ภาวะเสี่ยงที่พบ

1.4 การเตรียมเอกสารและแจ้งญาติผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทราบและเซ็นใบยินยอมให้การรักษาด้วยไฟฟ้าให้เรียบร้อย

2. การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.1 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ ใช้หมอนทรายรองต้นคอ

2.2 ติด Electrode บริเวณขมับ 2 ข้าง ทาเจลบนแผ่นอิเล็กโทรดและวางบริเวณขมับทั้งสองข้าง (bilateral ECT)

2.3 ให้ผู้ป่วยใส่ยางกันกัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจสะดวกในขณะชัก ควรประคองคางของผู้ป่วยให้คงที่ระวังไม่ให้ขากรรไกรเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันหรือลดแรงกัดในขณะชัก เพราะอาจทำให้ฟันหักและลิ้นฉีกขาดได้

2.4 ประคองบริเวณ ต้นคอ คาง ข้อต่อ ต่างๆ โดยให้ผู้ช่วย 2 คนประคองบริเวณไหล่และข้อมือของผู้ป่วยข้างละ 1 คนและผู้ช่วยอีก 2 คน จับประคองบริเวณสะโพกและหัวเข่าข้างละคน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ เมื่อกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วยจะทำให้มีการชัก

2.5 เมื่อกระแสไฟฟ้าเข้าไปจะเกิดการชักแบบ grand mal ผู้จับควรประคองแขนขาไม่ให้กระตุกหรือสะบัดรุนแรง เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องกระดูกหัก โดยในแต่ละระยะของการชัก พยาบาลจะต้องสังเกตและบันทึกชนิด และเวลาในการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการชัก ระยะของการชักและความรุนแรงแบ่งได้ 5 ระยะ ดังนี้

- ระยะหมดสติ (unconscious phase) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวนาน 1-2 วินาที
- ระยะเกร็ง (Tonic phase) ระยะนี้กินเวลา ประมาณ 10-15 วินาที กล้ามเนื้อจะเกร็ง จะสังเกตเห็นการเกร็งของฝ่าเท้าโดยฝ่าเท้าจะกดลง และมีนิ้วเท้าอ ปั่นขบแน่น และอาจจะหยุดหายใจ
- ระยะกระตุก (Clonic phase) ระยะนี้จะกินเวลา 15-35 วินาที จะเริ่มกระตุกที่หัวตา หนึ่งตาก่อนแล้วกระตุกทั่วตา นิ้วมือนิ้วเท้าเป็นจังหวะ ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อคลายตัวสลับกับหดตัว
- ระยะโคม่า (Coma) คนไข้จะเริ่มหายใจแต่ไม่รู้สึกรู้ตัว
- ระยะหลับ (Sleep) บางรายอาจหลับไปประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยถ้าหยุดหายใจนานเกิน 40 วินาที ทีมงานจะต้องให้เครื่องช่วยหายใจ
- ระยะสับสน (Confuse phase) ใช้เวลาประมาณ 15 วินาทีหลังจากผู้ป่วยตื่นจะมีอาการงุนงงสับสน กระสับกระส่าย

2.6 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า อุปกรณ์ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ลงในแบบฟอร์มบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

3. การพยาบาลหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1 จัดทำให้นอนตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ อยู่

เป็นเพื่อนผู้ป่วย ดูแลอย่างใกล้ชิด จนกว่าจะรู้สึกตัวดี ระวังการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลควรให้ผู้ป่วยนอนพักประมาณ 30 นาที -1 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมตนเองได้ และไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือมึนงง จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยลุกทำ ธุระส่วนตัวและรับประทานอาหารได้

3.2 ติดตามวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจของผู้ป่วย

3.3 ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำเช็ดตามใบหน้า ต้นคอ บริเวณไหล่ เพื่อผู้ป่วยจะได้รู้สึกสดชื่น

3.4 ในรายที่ผู้ป่วยวุ่นวายมาก อาจต้องผูกมัดโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเห็นความจำเป็นและยอมรับในการผูกมัด

3.4.2 การผูกมัดผู้ป่วยกับเตียงจำเป็นต้องยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง

3.4.3 ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยก่อนที่จะทำการผูกมัดบริเวณ ข้อมือ ข้อเท้า

3.4.4 ผูกมัดในส่วนที่จำเป็นเท่านั้น เช่น ข้อมือ ข้อเท้า โดยไม่รัดแน่นจนเกินไป

3.5 พยาบาลควรให้กำลังใจโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นว่าจะค่อยๆ หายไป และความจำจะกลับมาเหมือนเดิม อาการปวดศีรษะจะหายไป นอกจากนี้ พยาบาลควรช่วยทบทวนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความกลัว และวิตกกังวลที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy – ECT) ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้นเมื่อทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งในบางรายอาจมีผลข้างเคียงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น อาการสับสน สูญเสียความจำระยะสั้น การจัดการกับผลข้างเคียงเหล่านี้เป็นบทบาทพยาบาลและทีมแพทย์ ต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นการ

พัฒนาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและทันสมัย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย

การบำบัดทางเลือก

ดนตรีบำบัด

การบำบัดด้วยดนตรี หรือ ดนตรีบำบัด (Music Therapy): หมายถึงการใช้ดนตรีในการรักษาทางคลินิกตามลักษณะอาการของผู้ป่วย โดยนักดนตรีบำบัดมืออาชีพ ใช้ดนตรีอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะเป็นสื่อในการบำบัดช่วยพรักษา ฟันฟูและพัฒนาผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้สังคม ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงอารมณ์ ลดความเครียด และส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (สรวาลี สุนทรวิจิตร 2560)

ดนตรีถูกนำมาใช้บำบัดรักษาความเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน มีเอกสารทางวิชาการที่ยืนยันว่า ดนตรีสามารถเยียวยา ช่วยลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวลได้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยดนตรีจะกระตุ้นการทำงานสมอง ส่งเสริมพัฒนาการ เสริมสร้างทักษะทางสังคม สื่อสาร พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ช่วยปรับสภาพอารมณ์และจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุล ลดความซึมเศร้า มีมุมมองเชิงบวกเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มการควบคุมทางอารมณ์และลดความวิตกกังวลทำให้สุขภาพจิตโดยรวมดีขึ้น (Maulana & Hesti, 2023) หลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่นมีการใช้ดนตรีบำบัดควบคู่กับการหายใจ การเรียนรู้จังหวะการเคลื่อนไหวมือ ช่วยในผู้ที่มีความผิดปกติทางร้ายและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และหลงลืม ส่วนในจีนใช้ดนตรีควบคุมจังหวะการเคลื่อนไหวผสมผสานการเคลื่อนไหวบริหารกายตามหลักหยินหยางควบคู่กับการฟังดนตรีและการใช้สมาธิ

ดนตรีบำบัดสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเป็นเพลงบรรเลงที่มีเสียงธรรมชาติต่างๆ ไม่ควรมีเนื้อร้อง เช่น เสียงน้ำไหล เสียงนกร้อง เสียงลม เสียงทะเล จังหวะช้าสม่ำเสมอ ระดับเสียงต่ำและปานกลาง เสียงของธรรมชาติจะให้พลังคลื่นเสียงที่ใกล้เคียงคลื่นแอลฟา (Alpha) ของสมองมนุษย์ มีประสิทธิภาพในการช่วยผ่อนคลาย

ลดความเครียด ดนตรีบำบัดเปรียบเหมือนประสบการณ์การได้รับรางวัลอย่างทันทีทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกพึงพอใจกระตุ้นการหลั่งสารเอนโดรฟิน(Endorphins) ช่วยลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก(Sympathetic) ทำให้การหลั่งสารเอพิเนฟริน(Epinephrine) และสารนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง ดนตรีบำบัดจึงช่วยลดความวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้าได้

ดนตรีบำบัดต้องได้รับรวมกับการรักษาตามปกติ ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าได้ (Aalbers et al 2017) นอกจากนี้ยังสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยเมื่อมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในกลุ่มนี้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์และการทำงานที่ลดลง

ศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัด เป็นวิธีการบำบัดทางเลือก ที่เข้ามาเสริมในการรักษาผู้ป่วย มีประวัติยาวนาน ตั้งแต่ยุคของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ปี 2403 มีการเขียนในบันทึกว่า ดอกไม้สีสันสดใส และศิลปกรรมอันงดงามจะช่วยฟื้นฟูคนไข้ให้หายเร็วขึ้น ได้รับความสนใจจากจิตแพทย์ ในปี 2460 เป็นต้นมา มีการประยุกต์รวมกับการรักษาดังเดิม ซึ่งยุคนั้นพบว่า การแสดงออกทางศิลปะของเด็ก มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางอารมณ์ การรับรู้ ทำให้มีการศึกษาต่อเนื่อง ในปี 2468 Nolan D.C Lewis จิตแพทย์ริเริ่มแนวคิดศิลปะบำบัดด้วยการใช้ภาพวาด สื่อสารอารมณ์ความรู้สึกแทนคำพูด ต่อจากนั้น คำว่า Art therapy ถูกบัญญัติโดย dr Margaret Naumburg นำศิลปะประยุกต์ใช้การวิเคราะห์และทำจิตบำบัด นำจิตวิเคราะห์แบบดั้งเดิมมาเป็นพื้นฐานการแสดงออกทางศิลปะ ต่อมา ศิลปินEdith Kramer เป็นผู้เสนอแนวคิด Art as therapy โดยกล่าวถึงว่า ศิลปะเป็น การบำบัด ไม่ใช่เครื่องมือนำไปในการทำจิตบำบัด ทำให้การรักษามีแนวคิดที่แตกต่างกัน ขึ้นกับผู้นำไปใช้ว่าเป็นศิลปินหรือจิตแพทย์ ปัจจุบัน แนวคิดของศิลปะบำบัดได้รับการผสมผสานกันจนถูกนับว่าเป็นทางเลือกที่เสริมกับการรักษาพื้นฐาน มีงานวิจัยรองรับผลของศิลปะบำบัดเพิ่มขึ้น

การนำศิลปะบำบัด มาใช้ในกลุ่มเด็กผู้ที่มีความต้องการพิเศษ กลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญา พัฒนาการ ออทิสติก และกลุ่มเด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์

พฤติกรรม เนื่องจากสามารถช่วยเสริมสร้างพัฒนาการอารมณ์สติปัญญาสมาธิ ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงการช่วยพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก บรรเทาปัญหาทางด้านอารมณ์จิตใจ และพฤติกรรม ได้เป็นอย่างดี และการประสานงานการเคลื่อนไหวของร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการสื่อสาร และเสริมสร้างทักษะสังคมอีกด้วย

ศิลปะบำบัด (art therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์เสริมและทาง เลือก (complementary and alternative medicine) ที่เน้นการดูแล สุขภาพแบบองค์รวม นำมาเสริมในการดูแลรักษาแนวทางหลักให้มี ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการประสานงานกันเป็นทีม ระหว่างนักศิลปะบำบัดกับแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ใช้รูปแบบการ บำบัดรักษาที่สามารถแยกเป็นอิสระได้ต้องทำไปควบคู่กัน นับว่าเป็นการบำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่ง ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะ ช่วยค้นหาความบกพร่อง สิ่งผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ ด้วยการใช้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น

การฝึกสติและสมาธิ (Mindfulness and Meditation)

การฝึกสติและสมาธิช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า การฝึกสติ Mindfulness ถูกนำมาใช้มากขึ้นเพื่อจัดการกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เล็กน้อยถึงปานกลาง ผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับประเภทของรูปแบบการฝึกสติ ลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วม และกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายงานการวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ meta analysis ที่แสดงให้เห็น ประสิทธิภาพของการฝึกสติ mindfulness ว่า หลังวัยรุ่นได้รับการฝึกสติ ช่วยลดระดับความซึมเศร้าได้ตั้งแต่เล็กน้อย ($g = .14-.20$) ถึงปานกลาง ($g = .45-.47$) ขึ้นอยู่กับการศึกษาและประเภทของรูปแบบการฝึก (Reangsing et al 2020) รูปแบบการฝึกสติมีแบบเน้นการลดความเครียด Mindfulness-based stress reduction (MBSR) และการฝึกสติ เน้นการบำบัดทางปัญญา mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การฝึกสติเน้นการบำบัดทางปัญญา MBCT แสดงให้เห็นผล ให้ผลลัพธ์

ที่ดีกว่ามากกว่าโปรแกรมการฝึกสติอื่นๆ Mindfulness (general/adapted) หรือ Mindfulness (school-based) นอกจากนี้รูปแบบการฝึกสติที่ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้มีประสิทธิภาพนั้นเป็นรูปแบบการฝึกสติที่เน้นศิลปะภาพเขียน Mindfulness painting art therapy โดยการใช้ mandala painting (Zhai, Y. 2025)

การฝึกสติอาจแนะนำให้ทำสมาธิเป็นการรักษาเสริม/ทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปานกลาง รวมถึงสำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการวิจัยพบว่า การฝึกสตินั้นมีประโยชน์ต่อวัยรุ่นในกลุ่มที่มองโลกในแง่ร้าย และปัจจัยที่ส่งเสริมให้การฝึกสติมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับ การให้คำปรึกษา รายบุคคล และระยะเวลาการฝึกสติที่นานจะให้ผลดีเพิ่มขึ้น

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายหรือ Physical Activity เป็นทางเลือกหรือทางเลือกในการรักษาเสริมสำหรับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Oberste et al., 2018 ; Wunram et al., 2018) และถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานงาน Meta analysis ระบุว่า การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและบรรเทาอาการในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้ในระดับปานกลาง (Bailey et al., 2018) แต่ยังพบว่าการออกกำลังกายอาจเสริมการรักษาที่มีการอ้างในแนวทางปฏิบัติทางคลินิกขององค์การอนามัยโลก (2020) แนะนำสำหรับการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Oberste et al 2020) ดังนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำคัญวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในเด็กและวัยรุ่น การออกกำลังกายช่วยให้เกิดผลดีต่อสุขภาพดังต่อไปนี้: สมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น (สมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดและกล้ามเนื้อ) สุขภาพของระบบหัวใจและการเผาผลาญ (ความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง กลูโคส และภาวะดื้อต่ออินซูลิน) สุขภาพของกระดูก ผลลัพธ์ทางปัญญา (ผลการเรียน การทำงานของสมอง) สุขภาพจิต (อาการซึมเศร้าลดลง) และความอ้วนลดลง เด็กและวัยรุ่นควรทำกิจกรรมทางกายที่มีความเข้มข้นปานกลางถึงหนัก โดยส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยวันละ 60 นาที ตลอดทั้งสัปดาห์ (เป็นคำแนะนำที่จำเป็นต้องทำ) ควรทำกิจกรรมแอโรบิกที่มีความเข้มข้นสูง รวมไปถึงกิจกรรมที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (เป็นคำแนะนำที่จำเป็นต้องทำ) (WHO 2020)

การออกกำลังกายลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ มีผลในเชิงบวกต่อการปรับปรุงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Wang et al 2020) ในกลุ่มภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน (ภาวะซึมเศร้าหรืออาการซึมเศร้า) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นรูปแบบหลักของการออกกำลังกายเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น รูปแบบการออกกำลังกาย ใช้เวลาแบบ 6 สัปดาห์ 30 นาที/ครั้ง และ 4 ครั้ง/สัปดาห์มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ 75–120 นาที/ครั้ง และ 3 ครั้ง/สัปดาห์ มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด การออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นปานกลางเป็นทางเลือกที่ดีกว่าสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าและมีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราการกลับนอนซ้ำในโรงพยาบาลสัมพันธ์กับระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Oberste et al 2020)

บทสรุป

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินการได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และการบำบัดครอบครัว โดยกระบวนการบำบัดดังกล่าวต้องดำเนินการโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม นำไปสู่การเรียนรู้ภายในตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและศักยภาพของผู้ป่วย อันจะช่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสมดุลตามขีดความสามารถของแต่ละบุคคล

แม้ว่าการบำบัดด้านนี้จะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก แต่พยาบาลในบทบาทพยาบาลทั่วไปก็สามารถมีส่วนร่วมในการสนับสนุนได้ โดยทำหน้าที่ประเมินเบื้องต้น แนะนำแนวทางการเข้ารับบริการ และติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การฟื้นฟูด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎารัฐ กุลชนะยุทธ และสุรศักดิ์ วิชัยโย. (2567). โรคซึมเศร้า กินยาอย่างไรให้ได้ผล. คลังข้อมูลยา.

ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2564). *วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น*. เชียงใหม่ : หจก. วนิตการพิมพ์.

ยาใจ ลิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2561). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: ภาควิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). *ศิลปะบำบัด: ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

สราวลี สุนทรวิจิตร. (2560). ดนตรีบำบัด: การบำบัดทางเลือกสำหรับบุคคลที่มีภาวะ ซึมเศร้า. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 12(3), 1–12.

สุวรรณณา อรุณพงศ์ไพศาล และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คัลลังนาวินวิทยา.

Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JCF, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen XJ, Gold C. Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3. Accessed 22 May 2025.

Blomdahl, Christina & Goulías, Angeliki. (2024). Art Therapy for Adolescents With Depression: Feasibility and Acceptability Study in Child and Adolescent Psychiatry. *Art Therapy*. 42. 1–10. 10.1080/07421656.2024.2309422.

Dunning, D., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2018). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60, 244 – 258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>.

- Oberste, M., Medele, M., Javelle, F., Lioba Wunram, H., Walter, D., Bloch, W., Bender, S., Fricke, O., Joisten, N., Walzik, D., Großheinrich, N., & Zimmer, P. (2020). Physical Activity for the Treatment of Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in physiology*, 11, 185. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.00185>
- Phillips, S., & Mychailyszyn, M. (2022). The Effect of School-Based Mindfulness Interventions on Anxious and Depressive Symptoms: A Meta-analysis. *School Mental Health*, 14, 455 – 469. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09492-0>.
- Wang, X., Cai, Z.-d., Jiang, W.-t., Fang, Y.-y., Sun, W.-x., & Wang, X. (2022). Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, Article 16.
- WHO. (2020). Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization;. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566045/>
- Christina Blomdahl & Angeliki Goulías (04 Mar 2024): Art Therapy for Adolescents With Depression: Feasibility and Acceptability Study in Child and Adolescent Psychiatry, Art Therapy, DOI: 10.1080/07421656.2024.2309422 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/07421656.2024.2309422> © 2024 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC. Published online: 04 Mar 2024. Submit your article to this journal View related articles View Crossmark data

Reangsing, C., Punsuwun, S., & Schneider, J. (2020). Effects of mindfulness interventions on depressive symptoms in adolescents: A meta-analysis.. International journal of nursing studies, 115, 103848 .
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103848>.

Zhai, Y. (2025). 9 THE CLINICAL INTERVENTION EFFECT OF MINDFULNESS PAINTING ART THERAPY ON ADOLESCENT DEPRESSION PATIENTS. Schizophrenia Bulletin. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaf007.009>.

บทนำ

เนื้อหา

บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทการส่งเสริม

บทบาทการป้องกัน

บทบาทการรักษา

บทบาทการฟื้นฟู

กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินปัญหาทางการพยาบาลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การกำหนดและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวางแผนทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลทางการพยาบาล

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

แนวคิดและหลักการ

ระยะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

บทสรุป

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. อธิบายบทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้
2. อธิบายกระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้
3. อธิบายการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้

เนื้อหา

บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเผชิญกับความท้าทายมากมาย เช่น ความกดดันจากการเรียน ความคาดหวัง การปรับตัวเข้าสังคม การถูกกลั่นแกล้งหรือบูลลี่ (Bullying) ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เชื่อมโยงไปถึงการเจ็บป่วยสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง วัยรุ่นที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงมีความพร้อมในการที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลและทีมบุคลากรสาธารณสุข จึงมีบทบาทที่ท้าทายในการหาวิธีการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นซึมเศร้า ให้ครอบคลุมทุกมิติของงานพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คือ บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติ ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพจิต เพราะภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถรักษาได้ เมื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ภายใต้ขอบเขตงานและสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564; สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

บทบาทการส่งเสริม

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งสร้างนโยบายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต ตลอดจนการสื่อสารเพื่อกระตุ้นความร่วมมือ

ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวก ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อาทิ บุคลากรด้านสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา โรงเรียน ชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาคเอกชน ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ (นันทกา สุปรียาพร, 2023)

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีมีพื้นฐานจากการกำเนิดที่ดีมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นจากมารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดู มีความไว้วางใจผู้อื่นมีการแสดงออกที่เหมาะสม เชื่อมมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ยอมรับตนเอง บทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ การให้ความรู้ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรสในการมีคู่ครองที่เหมาะสม โรคทางพันธุกรรม การให้กำเนิดทารกที่บิดามารดามีความพร้อมการเลี้ยงดูทารก เด็กและวัยรุ่นให้เจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ พัฒนาการของบุคคล และการตอบสนองความต้องการของบุคคล ปัจจุบันการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมอารมณ์ เสริมทางเลือกในการเสี่ยง สร้างความยืดหยุ่นในการจัดการสถานการณ์ที่ยากลำบากและความทุกข์ยาก และส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมและเครือข่ายสังคมที่ให้การสนับสนุน ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี เปรียบเสมือนมีภูมิคุ้มกันที่ดี ในรายที่ยังไม่มีความเสี่ยงหรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิต

แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion) มีรากฐานมาจากแนวคิดของ “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health promotion) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพทางจิตใจของประชาชนในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม ดังนั้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม (WHO, 2022) ซึ่งสามารถดำเนินการได้ใน 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับบุคคล เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด การสื่อสารอย่างเหมาะสม และการส่งเสริมทักษะชีวิต (life skills) เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสื่อสารเชิงบวก การจัดการอารมณ์ การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพจิตเหล่านี้จะยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้

2) ระดับชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างและระบบบริการสุขภาพจิตที่ชุมชนสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมได้ กิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น เช่น การสนับสนุนระบบดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการ ชุมชน สถานรับเลี้ยงเด็ก และศูนย์ให้คำปรึกษา โดยเน้นให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต

3) ระดับสังคม เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต และปลอดภัยสำหรับวัยรุ่น โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความรุนแรง ความเหลื่อมล้ำ หรือการตีตรา พร้อมทั้งส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับต่าง ๆ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีเปรียบเสมือน มีภูมิคุ้มกันที่ดี เน้นในรายที่ยังไม่มีความเสี่ยงหรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิต กิจกรรมมีดังนี้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

1. การให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตที่ดี มุ่งเน้นการดูแลการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยร่วมกับสถานศึกษา หน่วยงานด้านสาธารณสุขในชุมชนและชุมชน ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในวัยรุ่น แนวทางการช่วยเหลือ ให้แก่ นักเรียน นักศึกษา อาจารย์ และทีมสุขภาพในชุมชน รวมถึงการสร้างความตระหนักให้วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

2. จัดกิจกรรมหรือนิทรรศการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยรุ่น เช่น การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ

ผู้อื่น การสื่อสารเชิงบวก การจัดการอารมณ์และความเครียด การตัดสินใจอย่างมี วิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ การเสริมสร้างความความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

บทบาทการป้องกัน

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or Maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย เพราะช่วงชีวิตของมนุษย์มีทั้งการเจริญเติบโตการพัฒนาร่างกาย (Growth and Development) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความรับผิดชอบตามหน้าที่ของบุคคล ในสังคม อาจมีเหตุปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด และวิตกกังวลได้ การปฏิบัติการพยาบาล ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคคลได้รับการรักษา ระดับของสุขภาพจิตให้ดีขึ้นเสมอ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ ช่วยเหลือ แนะนำในเรื่อง การปรับตัว (Adaptation and Adjustment) การเผชิญปัญหา (Coping) การลดความวิตกกังวล ลดความเครียด รวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นหาก ดำเนินการป้องกันในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะมีอาการจะชัดเจน สามารถช่วยลดความรุนแรงและผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางสำคัญของการ ป้องกันในระยะเริ่มต้น คือการดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นตั้งแต่กระบวนการคัดกรองไปจนถึงการให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบท สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม โดยเริ่มจากการจัดระบบการค้นหาและคัดกรอง ในกลุ่มวัยรุ่นอย่างทั่วถึง เพื่อตรวจจับความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกควบคู่กับการดำเนินงาน ลดปัจจัยเสี่ยง และเสริมสร้างปัจจัยคุ้มครองทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม การดำเนินงานเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังช่วยให้อายุรุ่นที่มีความเสี่ยงได้รับความช่วยเหลืออย่าง ทันท่วงที

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตแม้จะมีความเสี่ยงอยู่ ป้องกันไม่ให้มีอาการหรือ ปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่รุนแรงขึ้น ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ ดังนั้นการค้นหาและคัด

กรอกร่วมกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพชุมชนในการศึกษาข้อมูลวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษาวัยรุ่นในชุมชน ความเป็นอยู่ในโรงเรียน ในครอบครัว การใช้ชีวิต และประสานความร่วมมือกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพชุมชนในการดำเนินการค้นหา และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกคน เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือที่ถูกต้อง ทันทีทั้งที่โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าที่นำมาใช้ โดยการป้องกันมีอยู่ 3 ระดับ ดังนี้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559; สมรทิพย์ วิจารณ์ิช, 2567)

1. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) มีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง โดยเน้นการลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในรายใหม่ เช่น การค้นหาสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยง จัดกลุ่มส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น จัดกลุ่มในโรงเรียน การจัดนิทรรศการหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้และการให้คำปรึกษา แนะนำในการดูแลสุขภาพจิต การฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด และการรับมือกับความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยกระบวนการเหล่านี้มีส่วนช่วยให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาชีวิตได้อย่างยืดหยุ่น และสามารถควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงและระยะเวลาของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มแสดงอาการตั้งแต่ระยะแรก ผู้ที่มีอาการ/พฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะที่เริ่มเจ็บป่วยทางจิตหรือมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ โดยจะเน้นการค้นหาอาการตั้งแต่ช่วงเริ่มแรก และให้การดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น บทบาทของพยาบาลในระดับนี้จึงต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมินสุขภาพจิต การวินิจฉัยเบื้องต้น และการให้การดูแลที่เหมาะสมต่อเนื้ออย่างมีระบบ การค้นหาและคัดกรองนักศึกษาในสถานศึกษาวัยรุ่นในชุมชน ความเป็นอยู่ในโรงเรียน เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือที่ถูกต้องทันทั้งที่โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าที่นำมาใช้ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การจัดบริการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสถานศึกษา การให้คำปรึกษาในโรงเรียนหรือชุมชน การส่งต่อรักษาอย่างทันท่วงที การ

ให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการค้นหา/ดูแลกลุ่มเสี่ยง จัดบริการฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน บริการคลินิกให้คำปรึกษา/จิตบำบัด Hotline กลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ป้องกันเจ็บป่วยซ้ำ และป้องกันความเสื่อมสภาพหรือความพิการ เช่น การลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด หรือปัญหาการดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ โดยเน้นการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต และส่งเสริมการกลับคืนสู่ภาวะปกติในชุมชน กลยุทธ์สำคัญมุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ เช่น การวางแผนการรักษา การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เพื่อให้วัยรุ่นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว โรงเรียน และสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถดูแลตนเองได้เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ โดยจะต้องได้รับความร่วมมือระหว่างทีมสาธารณสุข ครอบครัว และสถานศึกษา เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานในระดับนี้ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน/อาการอย่างต่อเนื่อง (Follow-up Care) ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-9 จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดพิเศษให้วัยรุ่น ฝึกทักษะการเตรียมความพร้อมกลับไปอยู่ในสังคม สนับสนุนการกลับไปเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน สอนให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง ก่อนออกจากโรงพยาบาล ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว การให้การปรึกษาและบำบัดฟื้นฟู (Counseling and Psychosocial Rehabilitation) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) ประสานงานกับครูแนะแนวหรืออาจารย์ที่ปรึกษาในการช่วยเหลือ ฝึกทักษะการรับมือกับความเครียด ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนการกลับเป็นซ้ำ มีระบบส่งต่อและแนวทางป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทการรักษา

การบำบัดรักษา (Therapeutic or Restoration of Mental Health) บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตหากไม่สามารถกำจัดให้หมดไปอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทได้ กระบวนการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้สามารถกลับสู่ภาวะปกติและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การ

รักษาจะต้องมีการประสานงานในส่วนของคุณลากรสหวิชาชีพ สาธารณสุข แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวของวัยรุ่น และชุมชน โดย พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการประเมิน วางแผนการดูแล ให้การช่วยเหลือ เบื้องต้น และประสานการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนการบำบัดรักษาเริ่มตั้งแต่ การซัก ประวัติ การประเมินสุขภาพจิตของวัยรุ่น อย่างครอบคลุม ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และสิ่งแวดล้อมรอบตัว จะช่วยให้สามารถวินิจฉัยระดับความรุนแรงได้อย่าง แม่นยำ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือ บรรเทาอาการในผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลด ระดับความรุนแรงของอาการที่เป็นอยู่ กิจกรรม มีดังนี้

1. การใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัด (therapeutic communication) เพื่อ เสริมสร้างความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้สะท้อนความรู้สึก นอกจากนี้ยังให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทั้งด้านร่างกายและสุขภาพจิต เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น อารมณ์ด้านลบ การส่งเสริมทักษะชีวิต เช่น การจัดการอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

2. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) หรือที่เรียกว่า นิเวศน์บำบัด เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เหมาะสมต่อ การฟื้นฟูสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมนี้ประกอบด้วยพยาบาล ผู้ป่วย และสถานที่ ซึ่งมีบทบาท ร่วมกันในการสร้างบรรยากาศในการรักษา จุดมุ่งหมายของการบำบัดวิธีนี้คือ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น มีทักษะใน การปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถคิดริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ และเกิดความมั่นใจใน ตนเองมากยิ่งขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

3. จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่น กระบวนการฟื้นฟูทางจิตใจที่มี เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และปัญหา สุขภาพจิตอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยใช้พลังของกลุ่มเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งภายในจิตใจของวัยรุ่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำกลุ่ม (group facilitator) ที่ทำหน้าที่วางแผน ออกแบบ และดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาของ

วัยรุ่น โดยกิจกรรมกลุ่มจะถูกจัดขึ้นในบรรยากาศที่ปลอดภัย เปิดกว้าง และไม่ตัดสินผู้อื่น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกลุ่ม มีความกล้าแสดงออก แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ กิจกรรมที่พยาบาลนำมาใช้ประเดิมภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มระบายความรู้สึก (ventilation group) กลุ่มพัฒนาทักษะชีวิต (life skills training) กลุ่มการรู้คิดบำบัด (cognitive behavioral group therapy) เป็นต้น

4. กลุ่มจิตบำบัด เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้า จิตบำบัดมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของวัยรุ่นแต่ละบุคคล การฟื้นฟูสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องอาศัยการจิตบำบัดควบคู่กับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับความคิด พฤติกรรม และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยให้กลับมาสู่ภาวะสมดุล ทั้งนี้มีรูปแบบการบำบัดที่สำคัญหลายประเภท ดังนี้ 1. จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) การบำบัดรูปแบบนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่กักตันภายในอย่างอิสระ ไม่ว่าจะเป็นความเศร้า ความกังวล หรือความรู้สึกด้อยคุณค่า พยาบาลหรือผู้ให้การบำบัดจะมีบทบาทในการรับฟังอย่างเข้าใจ ให้กำลังใจ สนับสนุน และเสริมแรงทางบวก เพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในตนเอง เหมาะสำหรับวัยรุ่น 2. จิตบำบัดแบบปรับความคิด (Cognitive Therapy) ผู้ป่วยซึมเศร้านักมีรูปแบบความคิดที่เป็นลบ เช่น รู้สึกล้มเหลว สิ้นหวัง หรือตำหนิตัวเองเกินจริง การบำบัดแนวคิดนี้มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรู้เท่าทันความคิดเหล่านั้น ตั้งคำถามกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล และเปลี่ยนมุมมองให้เป็นไปในทางที่ดีมากขึ้น วิธีนี้ช่วยลดอารมณ์เศร้าและสร้างความสามารถในการรับมือกับปัญหาในชีวิต 3. จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านักเผชิญกับปัญหาการขาดแรงจูงใจ แยกตัว และไม่สนใจสิ่งรอบข้าง พฤติกรรมบำบัดจะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ เช่น การกลับเข้าสังคม ทำกิจกรรมที่ชอบ หรือฝึกทักษะทางสังคม โดยมีผู้บำบัดคอยสนับสนุนอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ (อภันตริสาขากร, 2567)

5. จิตบำบัดครอบครัว การบำบัดในบริบทครอบครัวนั้นการพูดคุยเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจสมาชิกแต่ละคน ทั้งความรู้สึก ความคิด ความต้องการที่แท้จริง และ

ประสบการณ์ในอดีตที่อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ในปัจจุบัน การบำบัดลักษณะนี้มุ่งสำรวจปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมถึงแบบแผนการสื่อสารและความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวชัดเจนขึ้น นักบำบัดจะเชิญชวนให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการบำบัด และร่วมกันดำเนินกระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น ระหว่างกระบวนการอาจมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การวาดแผนภูมิครอบครัว (genogram) การใช้บทบาทสมมติ หรือการสื่อสารผ่านทางท่าทาง เพื่อเปิดพื้นที่ให้สมาชิกสามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นในมุมมองใหม่ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดหรือพฤติกรรมในการบำบัด นักบำบัดจะส่งเสริมให้สมาชิกนำการเปลี่ยนแปลงนั้นไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผลของการบำบัดเกิดความต่อเนื่องและนำไปสู่ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน (นิตา ลัมสุวรรณ, 2560)

6. การบำบัดรักษาโดยการใช้จ่าย ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ พยาบาลมีบทบาทในการติดตามผลข้างเคียง ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง และประเมินประสิทธิภาพของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญ พยาบาลจึงควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิธีการดูแลที่เหมาะสม และแนวทางการสื่อสารที่ไม่ซ้ำเติมความรู้สึกของวัยรุ่น

บทบาทการฟื้นฟู

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental Health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติการพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention) โดยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การบำบัดทางความคิด การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดและให้การรักษาบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปสู่สังคมอย่างปกติ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุข ลดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรม มีดังนี้

1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความรู้เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนของตนเองได้ รู้จักวิธีการดูแลสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียด การตั้งเป้าหมายในชีวิต และการสร้างกิจวัตรประจำวันที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิต

2. การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับคนในสังคม วัยรุ่นที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้านักมีปัญหาการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลจึงมีบทบาทในการสนับสนุนให้วัยรุ่นกลับเข้าสู่กิจกรรมทางสังคม ผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม และการสนับสนุนให้กลับไปสู่สถานศึกษาอย่างมั่นใจ เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนฟื้นฟูความสามารถเดิม

3. ประเมินและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่อาจกลับมาอีกรวมถึงอาการแทรกซ้อน เช่น ความคิดทำร้ายตนเองหรือการใช้สารเสพติด พร้อมประสานส่งต่อทีมสุขภาพจิตหากมีความจำเป็น

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้แก่ครอบครัว สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่น และกระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

5. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ครู และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อออกแบบแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ จิตใจ และสังคม

6. ส่งเสริมกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่น เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย โครงการอาสาสมัคร

หรือกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกว่างเปล่า และเสริมสร้างเป้าหมายในชีวิต

บทบาทพยาบาลจิตเวช 4 มิติ ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นบทบาทที่สำคัญ เพราะวัยรุ่นต้องเผชิญกับความท้าทายและแรงกดดันจากหลายด้าน เช่น ความกดดันจากการเรียน ความคาดหวัง การปรับตัวเข้าสังคม การถูกกลั่นแกล้งหรือบูลลี่ (Bullying) ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น หากไม่ได้รับการดูแลหรือเยียวยาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การพัฒนาของปัญหาทางสุขภาพจิตเรื้อรังในอนาคต พยาบาลจิตเวชและทีมสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครบทั้ง 4 มิติของการพยาบาลด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดี การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การรักษาเมื่อเกิดปัญหา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ โดยการดูแลที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมนี้ จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถฟื้นตัวและพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่ เป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพจิตดี เพื่อให้วัยรุ่นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักยภาพ

กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน หรือความกดดันจากการเรียนและสังคม กระบวนการพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการ และติดตามผล เพื่อช่วยเหลือนักเรียนให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ

การประเมินปัญหาทางการพยาบาลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินภาวะสุขภาพในวัยรุ่น มีความสำคัญซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาบุคลิกในหลายๆด้าน ตั้งแต่พัฒนาการทางสติปัญญาที่เป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองเห็นตนเอง มองอนาคต พัฒนาการด้านอารมณ์ และพัฒนาการทางด้านสังคม เพื่อให้ได้รับรู้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด กำหนดแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความซึมเศร้า พยาบาลจำเป็นต้องมีการซักประวัติ สังเกต สัมภาษณ์ จากตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล

ญาติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องมีการประเมินพัฒนาการ ประเมินสภาพจิต การตรวจร่างกาย และ ตรวจพิเศษเพิ่มเติม สิ่งสำคัญ พยาบาลต้องมีศาสตร์ด้านจิตวิทยาพัฒนาการ ศาสตร์พัฒนาการเด็ก ศาสตร์กระบวนการพยาบาลจิตเวช ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสังเกต เพื่อนำสู่การประเมินค้นหาปัญหาทางการพยาบาล ต้องมีการประเมินลักษณะดังต่อไปนี้

1.1 ด้านร่างกายหรือด้านสรีรวิทยา (Physical Assessment)

ประเมินอาการทางกาย การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า เฉื่อยชา การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะและรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อสารประสาทเสื่อม เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีพลังงาน เชื่องช้า ไม่มีความอยากอาหาร (loss of appetite)) อ่อนล้า ในบางรายรู้สึกแขนขาไม่มีแรงที่จะเคลื่อนไหวและไม่ปรารถนาที่จะทำอะไรๆ มีความยุ่งยากในการนอน ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การไม่ดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สนใจตนเองหรือหยุดทำสิ่งต่างๆ ให้กับตนเอง(vegetative) (โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์,ศิริกัญพร บุสหงส์,เซาวลิต ศรีเสริม 2562)

1.2 ด้านอารมณ์ (Emotional Assessment)

นอกเหนือจากการประเมินสภาพด้านร่างกายแล้ว พยาบาลจำเป็นต้องประเมินทางด้านอารมณ์ ด้วยการตรวจสภาพทางจิต ด้วยการซักถามในประเด็นในด้านอารมณ์ (Affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีรวิทยา (physiology) เพื่อประเมินระดับของภาวะซึมเศร้า ว่าอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ จนถึงระดับรุนแรง (ภุมรินทร์ อินช้วนี และ ชญานันท์ แสงปาก 2562) ซึ่งต้องมีแนวทางการประเมิน จากลักษณะอาการที่สรุปดังต่อไปนี้

ซักประวัติอาการ เช่น รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ไม่อยากมีชีวิตอยู่

ใช้เครื่องมือประเมิน เช่น PHQ-9 Modified for Adolescents หรือ BDI-II (Beck Depression Inventory)

ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยตรง เช่น มีแผน มีอุปกรณ์ หรือเคยพยายามมาก่อน

ระดับของ ความเศร้า \ อาการแสดงออก	ด้านอารมณ์ (Affective)	ด้านพฤติกรรม (behavior)	ด้านความคิด (cognitive)	ด้าน สรีรวิทยา (physiology)
				ประสาท ผิดปกติ
อารมณ์ระดับรุนแรง (Severe depression)	เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า รู้สึกเศร้ามากจน ไม่มีทางจะดีขึ้นได้ เลย ไม่รู้สึกยินดี ยินดีใดๆ	เดินช้า ยืน หรือนั่ง ทำอะไรจะอยู่ในที่นั้น นานๆ หลงผิด ไม่ ยินดียินร้าย เมย เฉยแยกตัว ไม่มี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขภาพ อนามัยตนเอง เคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่มีจุดหมาย ถดถอย มักยื่นมือ	หลงผิด คิดว่าคน อื่นคิดร้ายต่อ ตนเอง หลงผิดว่าตนเอง เจ็บป่วยด้วยโรค ต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ประสาทหลอน ตำหนิตนเอง คิดทำ ร้ายตนเอง ไม่มี สมาธิ	เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชา ท้องผูก ไม่ ปัสสาวะ รู้สึก ดีขึ้นตอน กลางวัน ระบบการ สื่อสารเสื่อม

การกำหนดและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการประเมินสภาพ นำข้อมูลจากประเมินมาวิเคราะห์ คัดแยกจัดเรียงข้อมูลด้านบวกและด้านลบ นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล ความเชื่อมโยงกัน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดเรียงปัญหาที่มีความสำคัญ เรียงลำดับเป็นอันตรรกะกับชีวิตของผู้ป่วย และครอบคลุม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดขึ้นของวัยรุ่นที่มีภาวะซึม จะแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการ ความรุนแรง ระยะเวลาของแต่ละระยะการบำบัด ตั้งแต่ ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะต่อเนื่อง (Continuous phase) และระยะบำรุงรักษา (Maintenance phase)

ระยะเฉียบพลัน(Acute phase) ตัวอย่างวินิจัยที่พบบ่อย ได้แก่:

- ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากความสิ้นหวัง ไร้ค่า
- มีความคิดในการทำร้ายตนเอง เนื่องจาก ประสาทหลอน คิดว่าคนมาทำร้ายตนเอง
- มีภาวะเศร้าโศกเรื้อรังเนื่องจากภาวะซึมเศร้า
- มีปัญหาด้านการนอนหลับเนื่องจากภาวะวิตกกังวล
- ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเนื่องจากการแยกตัว
- ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตน
- การจัดการกับสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหา
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากมี ความคิดเชิงลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลก ในแง่ร้าย
- บกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย กิจวัตรประจำวัน

การวางแผนทางการพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์วินิจัยปัญหาทางการพยาบาลสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว และมีการจัดเรียงลำดับความรุนแรงของปัญหาแล้ว ขั้นตอนถัดไป พยาบาลต้องนำปัญหามากำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง และระบุตัวชี้วัดเพื่อให้การวางแผนพยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจน วัดผลได้ และเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ พร้อมกับกำหนดแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย และผลลัพธ์ทั้งระยะสั้น และระยะยาว เกณฑ์การประเมินผล รวมไปถึงการกำหนดระยะเวลาที่คาดหวังว่าเป้าหมายนั้นจะสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาของการบำบัดรักษา

แผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลระยะเฉียบพลัน เน้นการพยาบาลที่มีความสำคัญเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาที่เร่งด่วน

ตัวอย่างของเป้าหมายของการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

- 1 ปลอดภัยจากอันตราย หลังจากเข้ารับการรักษาดังตั้งแต่วันแรกและตลอดช่วงเวลาที่ทำกรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือภายใน 1 สัปดาห์
- 2 คะแนนความคิดทำร้ายตนเองลดลง ภายใน 1 สัปดาห์
- 3 ภายใน 1 สัปดาห์ ระดับความซึมเศร้าลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีการบาดเจ็บหรืออันตราย หรือไม่พบร่องรอยการทำอันตรายต่อตนเอง ภายในเวลา 1 สัปดาห์

ระดับความซึมเศร้าลดลง ประเมินจาก พูดคุยมากขึ้น สิ้นหน้าสดชื่น ไม่รู้สึกท้อแท้ หดหู่ มีความหวัง มีมุมมองบวกกับตนเองมากขึ้น สร้างปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นมากขึ้น ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

แผนระยะยาว มุ่งเน้นระยะต่อเนื่อง (Continuous phase) และระยะบำรุงรักษา (Maintenance phase) มุ่งเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต

ตัวอย่างเป้าหมายของการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้

ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

- 1 ไม่มีความคิดฆ่าเรื่องอยู่กับที่ในเรื่องที่สูญเสีย ได้ตลอดวัน
 - 2 แก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้ ประเมินจาก ทำกิจวัตรประจำวันตามเวลาได้เหมาะสม ควบคุมตนเองได้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ในวันที่ทำกิจกรรมกลุ่ม พยายามทำกิจกรรม
 - 3 พึงพอใจต่อตนเอง ประเมินจาก พูดระบายความรู้สึกพึงพอใจของตนเอง พึงพอใจในปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นพัฒนาความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าของตนเองได้ดังนี้

- 1) การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบาย อารมณ์โกรธ

- 2)) สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาล้างสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการ ทางศาสนา เป็นต้น
- 4) กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาลรวม พิจารณาสันับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม
- 5) สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกวุ่นวายก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้
- 6) ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม

การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นหลักการของ การป้องกันอันตราย (non malifinance) ในแต่ละระยะของโรค มีการใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ และการสอนผู้ป่วยในเทคนิคการปรับตัวต่อปัญหา ต่อสังคม การส่งเสริมการแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การให้คำปรึกษา การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย การดูแลให้ยาต้านอาการ ยารักษาอาการทางจิต ต้านเศร้า ตลอดจนประเมินผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ โดยพยาบาลต้องเฝ้าต่อผลข้างเคียงที่รุนแรง การแพ้ยา การใช้ยาร่วมกันกับยาต้องห้าม เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว และหญิงมีครรภ์ หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร ที่มีการใช้ยากลุ่ม SSRIs (Fluoxetine Sertraline) จะมีผลทำให้การทำงานของ Serotonin เพิ่มขึ้นเกินกว่าปกติซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น ทำให้มีมึน หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ปวดท้อง มีไข้สูง กล้ามเนื้อกระตุก ชักและเสียชีวิตได้ ยากลุ่ม MAOIs (Phenelzine) มีข้อควร ระมัดระวังในการรับประทานอาหารที่มี Tyramine เช่น เนยแข็ง อาหารที่มีส่วนผสมของยีสต์สูง จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (hypertensive crisis) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก

ตัวอย่าง

1. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression)

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมักแสดงอาการเศร้าเบื่อหน่ายเล็กน้อย มีพฤติกรรมถอนตัวจากกิจกรรมบางอย่าง แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยทั่วไป พยาบาลควรเน้นการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การสนับสนุนทางอารมณ์ และการกระตุ้นให้กลับเข้าสู่กิจกรรมที่สร้างแรงบันดาลใจ

แนวทางการพยาบาล:

- ส่งเสริมการระบายความรู้สึกผ่านการพูดคุยแบบไม่ตัดสิน
- ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อสร้างความเข้าใจ
- กระตุ้นการออกกำลังกายและกิจกรรมที่วัยรุ่นสนใจ เช่น ดนตรี กีฬา
- แนะนำเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก การนั่งสมาธิ
- ประเมินอาการซ้ำทุก 2-4 สัปดาห์

2. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression)

ภาวะซึมเศร้าปานกลางมักส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิตมากขึ้น ผู้ป่วยอาจขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ มีปัญหาเรื่องการนอนหรืออาหาร และอาจมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง พยาบาลต้องประเมินอาการอย่างใกล้ชิด และร่วมกับทีมสุขภาพจิตในการฟื้นฟูผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาล:

- ใช้แบบประเมินอาการ เช่น PHQ-9 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก
- ส่งต่อพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเพื่อทำจิตบำบัด เช่น CBT
- สอนการจดบันทึกอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในความรู้สึกของตน
- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มบำบัด
- ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง การดูแลต้องเน้นความปลอดภัยเป็นหลัก พร้อมทั้งการรักษาทางจิตเวชร่วมด้วย

แนวทางการพยาบาล:

- ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง เช่น มีแผนหรืออุปกรณ์หรือไม่
- ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงหากจำเป็น
- ร่วมมือกับจิตแพทย์ในการให้ยา เช่น SSRI พร้อมติดตามผลข้างเคียง
- สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น นำของมีคมออกจากห้อง
- สื่อสารอย่างนุ่มนวล ให้ความรู้สึกรับรู้
- ประสานงานกับครอบครัวเพื่อร่วมดูแลฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วย

การประเมินผลทางการพยาบาล

เมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาล ขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาลมีความสำคัญ ทำให้รู้ว่า การดูแลผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลได้ตรงตามเกณฑ์ประเมินที่กำหนดไว้ และบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ หากกิจกรรมที่ปฏิบัติลงไป ไม่บรรลุตามเกณฑ์หรือเป้าหมายทางการพยาบาล พยาบาลต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัย สาเหตุ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าว มาปรับและวางแผนการพยาบาลใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

แนวคิดและหลักการ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นไปตามทฤษฎีการพยาบาลของเพลบลาว ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลจิตเวชในการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด และเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวเอง และเข้าใจในปัญหาของตนเอง นำไปสู่การร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา ตลอดจนพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

หลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ (Professional relationship) ที่เป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Therapeutic Nurse-Patient Relationship) มีการกำหนด วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน คือ เพื่อการบำบัดรักษา และมุ่ง

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการบำบัด มีกระบวนการและขั้นตอนที่ชัดเจน มีการกำหนดระยะเวลาที่เป็นไปตามแผนการรักษา ซึ่งพยาบาลจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้วิเคราะห์พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ลักษณะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน อาศัยหลักการและเทคนิคเฉพาะ และไม่คำตอบที่ตายตัวหรือสำเร็จรูป มีการเริ่มต้นและมีการสิ้นสุดสัมพันธภาพ มีการกำหนดขอบเขตของระยะเวลา การนัดหมายเวลา และสถานที่ในหอผู้ป่วยอย่าง ชัดเจน และอยู่ภายใต้กรอบของจรรยาบรรณ และจริยธรรมของวิชาชีพเป็นหลัก

จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีทักษะในการเผชิญชีวิตที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ทั้งในด้าน ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และมีการปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยพยาบาลจะใช้เทคนิควิธีต่างๆ ในการสื่อความหมาย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการบำบัดให้ผู้ป่วย ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายระยะสั้น เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเร่งด่วนที่สำคัญ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองเต็มที่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งจุดเด่น และข้อบกพร่อง ความรู้สึก แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยม และการแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอ ควบคุมตนเองได้ ไม่ว่างวาม หรือวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

2. จุดมุ่งหมายระยะยาว เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ผู้ป่วย สามารถ ตัดสินใจ และวางแผนโครงการในอนาคตได้ มีการปรับปรุงสัมพันธภาพ และทักษะการเข้าสังคม มี ทักษะในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต ซึ่งหากพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยจะรู้จักตนเองและมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองที่ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับตนเองรวมถึงข้อจำกัดของตนเอง ตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง

2.2 ผู้ป่วยจะพัฒนาการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางสร้างสรรค์ขึ้น สามารถให้และรับได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อจำเป็น รวมทั้งเป็นที่พึ่งพาและให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

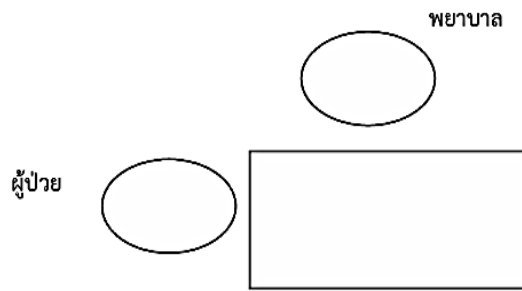
2.3 ผู้ป่วยจะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานส่วนตนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น มีความรับผิดชอบในภารกิจส่วนตัว และปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มศักยภาพ บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งหวังไว้ โดยที่ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น

องค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด องค์ประกอบสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง เพื่อช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ สถานที่ที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Setting) การจัดที่นั่ง (Seating Arrangement) และระยะระหว่างบุคคล (Personal Space) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. สถานที่ที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จัดที่มีสัดส่วนเป็นส่วนตัว มีอากาศ แสงสว่าง พอเหมาะ ไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีผู้ป่วยอื่นพลุกพล่าน

2. ระยะระหว่างบุคคล คือ ช่องว่างหรือช่วงระยะทางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่จะต้องมีความเหมาะสม ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคาม หรือรู้สึกอึดอัด

3. การจัดที่นั่งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ควรเป็นที่นั่งที่ผ่อนคลาย ทานั่ง ที่เหมาะสม ควรเป็นที่นั่งที่พยาบาลกับผู้ป่วยนั่งทำมุมต่อกันประมาณ 90 องศา เพื่อที่จะได้สบตากันได้อย่างเป็นกันเอง ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเกร็ง และสามารถที่จะปรับระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังภาพ



ภาพที่ 2 แสดงการจัดทำนั้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด

ระยะการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดและปัญหาที่พบในแต่ละระยะ ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด 4 ระยะ

1. **ขั้นก่อนสัมพันธ์ภาพ (Pre-initial phase)** ในระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่ยาบาลได้รับมอบหมายให้เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ยาบาลต้องมีการวางแผนและเตรียมตัวไว้ก่อน เพราะระยะนี้ยังไม่ได้พบกับผู้รับบริการ โดยยาบาลควรมีการศึกษาข้อมูลภูมิหลังเบื้องต้นของผู้ป่วย เตรียมความพร้อมทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ

ปัญหาที่อาจพบในขั้นก่อนสัมพันธ์ภาพ ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยาบาลอาจกลัวการถูกทำร้าย กลัวถูกปฏิเสธการสนทนา วิตกกังวลไม่รู้จะสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างไร ยาบาลกลัวว่าจะพูดกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง การใช้เทคนิคการสนทนาต่างๆ และกลัวไปทำร้ายจิตใจผู้รับบริการ ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการมีประสบการณ์ในอดีต เกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช สามารถแก้ไขโดยการสำรวจตนเองว่ากลัวอะไร เกิดขึ้นเพราะอะไร อาจจะขอคำแนะนำจากหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน การพัฒนาตนเองโดยการเตรียมตัว ความรู้ และเทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้

2. **ขั้นเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพ (Initial phase)** ในระยะนี้ยาบาลเริ่มทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ยาบาลจะต้องใช้วาจา กริยา ท่าทาง

สุภาพอ่อนโยน และแสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือ ทักษะจำเป็นที่พยาบาลควรปฏิบัติใน ะยะนี้ คือ

1. กล่าวทักทายและต้อนรับ (Greeting)
2. ถามทุกข์สุข (Small Talk)
3. แสดงท่าทีใส่ใจ (Attending)
4. เปิดประเด็น (Opening)

ในระยะแรกนี้ พยาบาลจะต้องกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยพยาบาลจะแนะนำตัว และบอกให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจถึงกระบวนการ วัตถุประสงค์ บทบาทของทางพยาบาลและผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดรวมถึงการตกลงเรื่องการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องบอกย้ำถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะในเรื่องของการรักษาความลับของผู้ป่วย

ปัญหาที่อาจพบในขั้นเริ่มแรกของการสร้างสัมพันธภาพ

1. ความวิตกกังวล (anxiety) ทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลจะต้องค้นหาให้เจกว่าตนเองมีความวิตกกังวลเรื่องอะไร และผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องอะไร ส่วนใหญ่พยาบาลมีความวิตกกังวลว่าจะช่วยผู้ป่วยไม่ได้ กังวลเรื่องการใช้เทคนิคการสนทนา การจับประเด็นเวลาผู้ป่วยเล่า ส่วนผู้ป่วยจะกังวลเรื่องว่าตนเองคงป่วยหนัก คงมีสิ่งผิดปกติ ซึ่งพยาบาลจะต้องค้นหาวิธีลดความวิตกกังวลของตนเองและผู้ป่วย และในระยะแรกพยาบาลควรบอกวัตถุประสงค์การสร้างสัมพันธภาพอย่างชัดเจน บอกถึงบทบาทของพยาบาล พยายามหาสถานที่ที่สะดวกสบาย สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยมีการทดสอบ (testing) พยาบาล เพื่อดูขอบเขตของสัมพันธภาพอาจทดสอบว่าพยาบาลมีความต้องการอะไรที่ซ่อนอยู่ พยาบาลจะช่วยเหลือได้จริงหรือพยาบาลน่าเชื่อถือได้แค่ไหน ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอ ตรงต่อเวลา และปฏิบัติตามที่ได้บอกกับผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยมีการต่อต้าน (resistance) พยาบาลโดยการไม่ยอมรับรู้ และไม่มี ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพยาบาลอาจเป็นเพราะประสบการณ์ ซึ่งพยาบาลจะต้องศึกษา

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหานี้ และใช้ความจริงใจ ความเข้าใจ ความสม่ำเสมอในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้งนี้ปัญหาเหล่านี้ต้องแก้ไขก่อนเข้าสู่สัมพันธภาพระยะต่อไป

3. ขั้นแก้ไขปัญหา (Working phase) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองและมองเห็นทางออกในการแก้ปัญหา และช่วยให้ผู้ป่วยปรับแก้ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้เหมาะสม มีวิธีการดังนี้

1. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกอย่างตั้งใจ เข้าใจและเห็นใจ ฟังว่าผู้ป่วยพูดว่าอะไร ผู้ป่วยกำลังจะบอกอะไรและใช้เทคนิคเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย
2. ตั้งคำถาม เรียงราวเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยไม่ใช่อยากรู้ ขอความกระจ่างในข้อมูลที่คลุมเครือ ให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึก ทั้งนี้พยาบาลควรระมัดระวังเรื่องการให้คำแนะนำ ซึ่งพยาบาลอาจเผลอนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาแนะนำในเรื่องราวปัญหาของผู้ป่วย
3. มีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อกัน เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับ
4. เลือกใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อให้ได้มาซึ่งการแก้ไขปัญห
5. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยว่าปัญหาใดคือปัญหาหลัก
6. ส่งเสริมภาวะความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง ตัดสินใจเอง แก้ปัญหาเอง เพื่อลดการพึ่งพาพยาบาล

ปัญหาที่อาจพบในระยะแก้ไขปัญหา

1. พยาบาลมีความกังวลเรื่องการเลือกเทคนิคการสนทนา หรือ กังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพ เช่น ผู้ป่วยขอ เบอร์โทรศัพท์ ขอบที่อยู่ ในเรื่องเทคนิคการสนทนาต้องอาศัยการอ่านเกี่ยวกับเทคนิคและการ สรุบทบทเรียนการใช้ เทคนิคการสนทนาว่าเทคนิคที่ใช้เหมาะสมหรือไม่อย่างไร ส่วนเรื่องสัมพันธภาพต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ต่อไป

2. พยาบาลวินิจฉัยปัญหาที่แท้จริงไม่ได้ ผู้ป่วยอาจไม่บอกปัญหา หรือไม่รู้ว่าจะอะไรคือปัญหา พยาบาลอาจมองไม่เห็นปัญหา ซึ่งพยาบาลต้องอาศัยเวลาและประสบการณ์จึงจะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้

3. การถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของผู้ป่วยมายังพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นความรู้สึกรัก ผูกพัน และพึ่งพาพยาบาลแก้ไขโดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ ในตนเอง

4. การเผชิญการถ่ายโอนความรู้สึก (Counter transference) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของพยาบาลถ่ายโอนไปยังผู้ป่วย เช่น พยาบาลรู้สึกว่าคุณป่วยเหมือนพ่อของตนเอง จึงให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นพิเศษ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งพยาบาลไม่ทราบว่าตนเองมีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้น จะทำให้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ไม่เป็นไปในลักษณะของวิชาชีพ แก้ไขโดยการที่พยาบาลต้องตระหนักรู้ในตนเอง สังเกต หรือสำรวจตนเอง และจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้น

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

เทคนิค	วัตถุประสงค์	ตัวอย่าง
1. Using broad opening statement (การกระตุ้นให้เริ่มเรื่องพูด)	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกหัวข้อสนทนาไปในแนวทางที่จะระบายความรู้สึกออกมา	-มีอะไรอยากเล่าให้ฟังไหม
2. Using general lead (การกล่าวนำ)	กระตุ้นให้พูดต่อไปกรณีผู้ป่วยพูดแล้วหยุดเงียบไป	-แล้วอย่างไรต่อคะ -เล่าต่อซิคะ

3. Using silence (การเงียบ)	พยาบาลเงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาสำรวจคำพูด ความคิด และเตรียมคำพูดที่จะสนทนาต่อไป	(การเงียบที่เกิดจากคิดไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป ไม่เรียกว่า using silence)
4. Sharing observation (การให้ข้อสังเกต)	กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ต่อพฤติกรรมของตนที่แสดงออกมาและ มีโอกาสระบายความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด	-ดูท่าทางคุณเศร้าเมื่อพูดถึงแม่
5. Reflecion (การสะท้อน)	นำความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่คลุ้มเครือออกมาให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ และทบทวนเพื่อพิจารณา ตัดสินปัญหาได้ด้วยตนเอง	Pt : ไม่วาอะไรก็แล้วแต่ แม่มักจะให้น้องสาวก่อน ผมเสมอ N: คุณรู้สึกน้อยใจแม่
6. Restating (การทวนความ)	พูดทวนในข้อความคำพูดของผู้ป่วย ตามที่พยาบาลเข้าใจ เพื่อให้เขาได้ทบทวนสิ่งที่เขาพูดมาอีกครั้งหนึ่ง	Pt : น้องสาวไม่มาดูแล ช่วยดูแลแม่เลยปล่อยให้ฉัน อยู่คนเดียว N: คุณต้องดูแลแม่อยู่คนเดียว น้องสาวไม่ช่วยคุณเลย
7. Giving recognition (การจำได้)	แสดงออกว่ารู้จัก ยอมรับผู้ป่วย และสนใจและใส่ใจในการเปลี่ยนแปลงหรือข้อมูลสำคัญของเขา ช่วยให้เขารู้สึกมีคุณค่า	-สวัสดิ์คะ “คุณสพโชค” -วันนี้ดูสดใส ตัดผมมาใหม่ ใช้ไหมคะ
8. Exploring (การสำรวจ)	เจาะลึกเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นความคิดหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งจะช่วยให้เขาไตร่ตรองและมองเห็นปัญหาตนเองชัดเจนขึ้น	Pt.:คนในครอบครัวเขา เกลียดผมกันทั้งนั้น N:มีอะไรเกิดขึ้นที่ทำให้คุณ คิดว่าเขาเกลียดคุณ

เทคนิค	วัตถุประสงค์	ตัวอย่าง
9. Clarifying (การทำความเข้าใจ) (การทำความเข้าใจ)	ใช้เมื่อพยาบาลไม่เข้าใจความหมาย ที่ผู้ป่วยพูด หรือไม่แน่ใจว่าพยาบาล เข้าใจความหมายตรงกับที่ผู้ป่วยพูด หรือไม่	Pt.: ผมก็แค่หมาหัวเน่าของ บ้าน N: หมาหัวเน่าที่คุณว่า หมายความว่าอย่างไรคะ
10. Presenting reality (การให้ความจริง)	ให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ใช้กรณีมี Hallucination / Illusion ให้เขารับรู้ โลกความเป็นจริง	-เสียงที่คุณได้ยิน ดิฉันไม่ได้ ยินเลย ตรงนี้มีเราอยู่กัน แค่2คน
11. Giving information (การให้ข้อมูล)	ให้ข้อเท็จจริง ให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการไม่ใช่ให้เพราะพยาบาลมอง ว่าดี	-ดิฉันชื่อ รุจิรา จะมาดูแล คุณในช่วง2 สัปดาห์นี้ -ยาที่ทานอยู่จะช่วยให้คุณ หลับได้ดีขึ้น
12. Acknowledge the patient's feeling (การยอมรับในความรู้สึก ของผู้ป่วย)	แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาล เข้าใจในความรู้สึกของเขาและ ยอมรับให้เขามีความรู้สึกเช่นนี้ได้	Pt : ฉันเกลียดที่นี่ ฉันอยาก กลับบ้าน N: คุณคงลำบากใจไม่น้อยที่ จะต้องอยู่ในที่ที่คุณเกลียด
13. Offering self (การเสนอตนช่วยเหลือ)	พยาบาลเสนอตนเองเพื่อช่วยเหลือ ก่อนที่จะเขาจะร้องขอ	-มีอะไรที่ดิฉันพอจะช่วยคุณ ได้บ้าง -ปวดศีรษะหรือคะ เดี่ยว ดิฉันพาไปขอยาที่พยาบาล นะคะ
14. Focusing (การมุ่งความ สนใจ)	มุ่งความสนใจไปที่ปัญหาใดปัญหา หนึ่งของผู้ป่วย ใช้เมื่อผู้ป่วยพูดถึง หลายปัญหาในคราวเดียวกันหรือ เปลี่ยนเรื่องอย่างรวดเร็ว	-ที่พูดมามีหลายเรื่อง คุณ อยากจะแก้ไขเรื่องไหนก่อน ดี -คุณบอกว่าเบื่อบ้าน คุณ อยากจะคุยเรื่องนี้ก่อนไหม

เทคนิค	วัตถุประสงค์	ตัวอย่าง
15. Validating (การตรวจสอบความ แน่ใจ)	ใช้เมื่อพยาบาลเข้าใจว่า ความ ต้องการของผู้ป่วยได้รับการ ตอบสนองแล้ว จึงตรวจสอบว่าเป็น ตามที่พยาบาลเข้าใจหรือไม่	-คุณรู้สึกสบายใจขึ้นบ้าง หรือยัง -ตกลงคุณมีทางที่จะติดต่อ ญาติได้แล้ว โลงใจขึ้นบ้าง หรือยัง
16. Summarizing (การสรุป)	สรุปความเมื่อผู้ป่วยพูดจบ เพื่อให้ เขาได้ยินสิ่งที่ตัวเขาเล่ามาอีกครั้ง หนึ่ง มักทำตอนท้ายหรือตอนกลาง การสนทนา	-ครึ่งชั่วโมงที่เราได้คุยกัน เราได้พูดกันถึงเรื่อง.....
17. Encouraging evaluation (กระตุ้นให้ประเมินตนเอง)	กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงบุคคล หรือเหตุการณ์ โดยใช้ความรู้สึก ค่านิยมและมาตรฐานของตัวเองเป็น เกณฑ์ในการพิจารณา	-คุณคิดว่าสามีของคุณเป็น คนอย่างไร -คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ การรับประทานยา
** การสื่อสารที่ไม่ควรใช้เพราะไปขัดขวางการบำบัด **		
1.การให้กำลังใจแบบเคย ชิน (Reassuring cliché)	การใช้คำปลอบใจ ให้กำลังใจหรือชม ตามความเคยชิน	-อย่ากังวลใจไปเลย -เดี๋ยวทุกอย่างก็ดีขึ้นเอง
2.การแก้ตัว (Defending)	พยาบาลพยายามจะแก้ตัวเมื่อผู้ป่วย วิจารณ์ถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งจะไป รบกวนสิทธิในการแสดงความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วย	-ลูกชายของคุณเขามีคังมี งานมากจึงมาเยี่ยมคุณไม่ได้
3.การเปลี่ยนหัวข้อสนทนา (Changing the subject)	การเปลี่ยนเรื่องพูดโดยกะทันหัน ทำ ให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสระบายความรู้สึก เรื่องนั้นอีกต่อไป	Pt : ผมนอนไม่หลับคิดถึง เรื่องพ่ออยู่ตลอดเวลา N: คุณคิดว่าคุณจะได้ออก จากโรงพยาบาลเมื่อไรคะ
4.การให้คำแนะนำ (Giving advice)	เป็นการบอกผู้ป่วยว่าจะไรที่ต้องทำ หรือควรทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้คิด หาทางแก้ไขด้วยตนเอง	- คุณควรที่จะ...

กลอนช่วยจำ เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

Exploring ขอรายละเอียด อย่างมากมาย

Clarify เมื่อความหมาย นั้นไม่ clear

Flight of idea ต้องใช้ **Focusing**

ถ้าเขาเจียบบึง **Using general lead**

ประสาทหลอน Paranoid ป่วนจิต **Present reality**

Offering self คนดี เสนอตนช่วยเหลือ

พูดไปเยอะไม่พรั่าเพื่อ สรุป **Summarize**

reflect of Content พูดมาอย่างไร สะท้อน ไปอย่างนั้น

Reflect of feeling ทวนความรู้สึก จะได้เข้าใจตรงกัน

Using Broad Opening นั้น ใช้เปิดประเด็น

Restating ทวนความหมาย แต่สลายประโยค

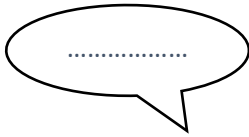
Giving recognition “คุณสฟโชค จำสิ่ง สำคัญได้”

Sharing Observation ให้ข้อสังเกตว่าเราเห็นอะไร

Reassuring cliché ให้กำลังใจแต่ไม่เกิดผลใดๆเลย

เทคนิคมีมาก แต่ไม่ได้เข้าใจยากนะเพื่อนๆ

ท่องจำเอาไว้ทุกวันเลย ว่าท่านเอ๋ย อย่า! เผลอแนะนำ



ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

บทสนทนาระหว่างพยาบาลและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

พยาบาล	สวัสดีค่ะ (ชื่อวัยรุ่น) เข้าใจว่าช่วงนี้คงจะรู้สึกหนักและเหนื่อยมากเลยนะค่ะ ขอขอบคุณที่มานั่งคุยกับพี่ในวันนี้ค่ะ
วัยรุ่น	(เงิบ... มองพื้น)
พยาบาล	พี่เข้าใจว่ามันอาจจะยากที่จะพูดออกมาตอนนี้ แต่พี่อยากให้รู้ว่าที่นี่ปลอดภัย ไม่มีใครตัดสินหนูเลยนะค่ะ พี่อยากจจะรับฟังเรื่องราวของหนูอย่างแท้จริง ถ้าพร้อมเมื่อไหร่ ค่อยๆ เล่าให้ฟังได้เลยค่ะ
วัยรุ่น	...เพื่อนๆ เขาว่าหนู... ว่าหนูไม่มีค่า... (เสียงเบาลง)
พยาบาล	การถูกพูดแบบนี้มันเจ็บปวดมากๆ เลยนะค่ะ พี่ได้ยินว่าหนูรู้สึกเจ็บปวดจากคำพูดเหล่านั้นมาก จนอาจจะรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่าตามที่เขาพูดไปจริงๆ พี่เข้าใจความรู้สึกนั้นเลยนะค่ะ (สะท้อนความรู้สึก)
พยาบาล	พี่ทราบเรื่องที่เกิดขึ้นกับการทำร้ายตัวเองที่ข้อมือแล้วนะค่ะ พี่เสียใจที่หนูต้องเจอความเจ็บปวดขนาดนั้น จนต้องหาวิธีระบายออกมาแบบนั้น พี่อยากจจะรู้ว่า... ตอนที่หนูกำลังจะทำแบบนั้น สิ่งที่อยู่ในใจของหนูคืออะไรคะ?
วัยรุ่น	มัน... มันมืดไปหมดเลยนะค่ะ เหมือน... ถ้าไม่มีหนูอยู่ตรงนี้แล้ว ทุกอย่างคงจะดีขึ้น
พยาบาล	อืมม... เหมือนหนูรู้สึกว่า การหายไปของหนูจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นใช่ไหมคะ? แต่พี่อยากให้หนูมองย้อนกลับไปหน่อยนะค่ะ การที่หนูเลือกที่จะกรีดข้อมือ... มันเป็นวิธีที่หนูพยายามบอกให้โลกรู้ถึงความเจ็บปวดที่หนูแบกรับไว้ใช่ไหมคะ?
วัยรุ่น	(เงยหน้าขึ้นเล็กน้อย) ...มั้งค่ะ

พยาบาล	พื้มองเห็นความกล้าหาญในตัวหนูนะคะ ที่สามารถมานั่งคุยกับพี่ได้ ในวันนี้ ทั้งๆ ที่กำลังเจ็บปวดอยู่ พี่อยากให้หนูรู้ว่าคำพูดของคนอื่น... ไม่ว่าจะเป็นใครก็ตาม... มันไม่สามารถนิยามคุณค่าในตัวหนูได้เลย
พยาบาล	พี่อยากชวนให้หนูลองมองหา "ชิ้นส่วนดีๆ" ในตัวหนูหน่อยคะ ไม่ต้อง เป็นเรื่องยิ่งใหญ่ก็ได้คะ มีอะไรที่หนูชอบทำ หรือมีใครที่หนูเคย ช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ ได้บ้างไหมคะ?
วัยรุ่น	หนูชอบวาดรูปคะ... แต่พื้มนี้ไม่ได้วาดเลย
พยาบาล	การวาดรูปเป็นทักษะที่ดีมากๆ เลยนะคะ นั่นคือสิ่งที่หนูมี และเป็น ของหนูคนเดียว การวาดรูปทำให้หนูรู้สึกเป็นอย่างไรบ้างคะ?
วัยรุ่น	มันทำให้หนู... สงบดีคะ เหมือนได้อยู่คนเดียวในโลกของตัวเอง
พยาบาล	ดีเลยคะ ความสามารถในการสร้างสรรค์และทำให้ตัวเองสงบได้ด้วย ศิลปะ นี่แหละคะคือคุณค่าที่โดดเด่นของหนู ลองคิดดูสิคะ ว่าถ้าไม่มี หนู โลกใบนี้จะขาดผลงานศิลปะที่สวยงามจากหนูไปเลยนะ
พยาบาล	ถ้าหนูรู้สึกอยากทำรายตัวเองขึ้นมาอีกครั้ง... พี่อยากให้หนูลองหยุด หายใจลึกๆ 5 ครั้ง แล้วหยิบดินสอขึ้นมาวาดรูปดูนะคะ ให้การวาด รูปเป็นการระบายความเจ็บปวดแทนการกรีดข้อมือ หนูคิดว่าพอจะ ทำได้ไหมคะ?
วัยรุ่น	...จะลองดูคะ
พยาบาล	เยี่ยมเลยคะ! การพยายามเล็กๆ น้อยๆ นี่แหละคะคือความกล้าหาญ ที่ยิ่งใหญ่ที่สุด และจำไว้คะว่าคุณค่าของหนูไม่ได้ขึ้นอยู่กับคำพูด ของใครเลย แต่ขึ้นอยู่กับว่าหนูเป็นใคร และสิ่งที่หนูสามารถ สร้างสรรค์ออกมาได้
พยาบาล	เรามาลองกำหนดเวลาที่จะวาดรูปสัก 10 นาทีในแต่ละวันดูไหมคะ? แล้วครั้งหน้ามาเล่าให้พี่ฟังว่าผลงานเป็นอย่างไรบ้าง พี่อยากเห็นนะ คะ

หลักการสำคัญที่ใช้ในบทสนทนา

1. **การสะท้อนความรู้สึก (Reflection):** พยาบาลทวนและยืนยันความรู้สึกของวัยรุ่น ("การถูกพูดแบบนี้มันเจ็บปวดมากๆ เลยนะคะ") เพื่อให้วัยรุ่นรู้สึกที่ได้รับการเข้าใจ
2. **การตีความใหม่ (Reframing):** พยาบาลเปลี่ยนมุมมองการทำร้ายตนเองให้เป็นการส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ ("...เป็นวิธีที่หนูพยายามบอกให้โลกรู้ถึงความเจ็บปวดที่หนูแบกรับไว้ใช่ไหมคะ?") เพื่อลดการตำหนิตนเอง
3. **การเน้นจุดแข็ง (Strength-based Approach):** พยาบาลชี้ให้เห็นคุณสมบัติเชิงบวก เช่น ความกล้าหาญและความสามารถในการวาดรูป (**สร้างคุณค่าในตนเอง**)
4. **การแยกคุณค่าออกจากปัจจัยภายนอก:** พยาบาลย้ำว่าคำพูดของผู้อื่นไม่สามารถนิยามคุณค่าของวัยรุ่นได้ (**สร้างคุณค่าในตนเอง**)
5. **การสร้างกลไกรับมือ (Coping Skills):** แนะนำกิจกรรมที่ช่วยจัดการกับอารมณ์ในทางที่สร้างสรรค์ (การวาดรูปแทนการทำร้ายตนเอง)

บทสรุป

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้เชิงวิชาการและผลการวิจัยที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาการดูแลที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้มีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงในระยะยาวหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่

ผลการวิจัยในปัจจุบันได้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจได้ การใช้เทคนิคการสื่อสารที่เน้นการรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถระบุและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้

การนำองค์ความรู้จากงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ จะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และ

สามารถป้องกันผลกระทบในระยะยาวของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพัฒนาศักยภาพไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพะในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2564). *วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. เชียงใหม่ : หจก. วนิตการพิมพ์.
- นันทกา สุปรียาพร. (2566). สุขภาพจิตโรงเรียน : แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่น. *วารสารครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 51(1), 1-13.
- นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ, นิดา ลัมสุวรรณ, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, และบัญญัติ ยงยวน. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 53-68.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุโอว Yong. (2561). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2567). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 72-82.
- สายฝน เอกวรานุกร. (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

ภูมิรินทร์ อินชวณี, ชนันทน์ แสงปาก และ สุภาพ เหมือนชู. (2560). การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(2) พฤษภาคม – สิงหาคม:14-27.

โปรยทิพย์ สันตะพันธ์,ศิริกมล บุษหงส์,เชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลAdolescent Depression: Nursing Roles. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1) มกราคม-มิถุนายน.

Chand, S.P., Arif, H., Kutlenios, R.M. (2023). *Depression (Nursing)* [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568733/>

การนำวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

บทที่
5

บทนำ

เนื้อหา

5.1 การนำวิจัยการบำบัดด้านจิตสังคมมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลวัยรุ่นเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า: การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. ประยุกต์ใช้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

เนื้อหา

การนำวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ธัญพร บัวเหลือง, พิมรัตน์ โทกุล, กมลนิชา อนันต์ และยุรี เขาวนพิพัฒน์ (2566) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากคะแนนความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยให้คำแนะนำ/เอกสารในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pair t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็ง

ทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของ Grotberg องค์ประกอบที่ 1 'I am' (ฉันเป็นคน...) ความเข้มแข็งภายในจิตใจ กิจกรรมที่ 1 ฉันคือใคร... กิจกรรมที่ 2 ความเชื่อและความงามภายในใจฉัน องค์ประกอบที่ 2 'I have' (ฉันมี...) แหล่งสนับสนุนจากภายนอก กิจกรรมที่ 3 คนสำคัญของหัวใจ กิจกรรมที่ 4 อดทน คนบันดาลใจ องค์ประกอบที่ 3 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) ทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 จากอดีตสู่ปัจจุบัน ฉันทำได้ และกิจกรรมที่ 6 ชีวิตที่มีเป้าหมาย และจากการศึกษาของ สุภารัตน์ อภิตกุลวงษ์, ประกาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี และภัทรวดี ศรีนวล (2567) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบวัดภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต และโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติผลการวิจัยพบว่า 1)กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2)หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของ สมดี อนันต์ปฏิเวช, ธัญญา รัชช์ แสงบุญไทย และสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2565) ได้ทำการศึกษาวิจัยด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นดำเนินการใน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นปกติ วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง และวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ คือ การสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ฉันมี ฉันเป็น และฉันสามารถ ซึ่งองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับ

ปัจจัยเชิงบวก 5 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการรู้คิดเชิงบริหาร ความเข้มแข็งในการมองโลก การมีสติ และทักษะการแก้ปัญหา และจากการศึกษาของ ชนกชนม์ โคตรสมบัติ และชูชาติ วงศ์อนุชิต (2567) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในครั้งนี้ ประชากรในการวิจัยคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 15 – 18 ปี ที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง (42 ราย) ซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (42 ราย) ได้รับการดูแลด้วยระบบการช่วยเหลือตามปกติในโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย และแบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ซึ่งใช้เก็บข้อมูลในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง คือ การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว และการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอร์โรนี ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการทดลองทันที โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองลดต่ำลง ($p=.004$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.020$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันกลุ่มทดลองมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p=.013$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.013$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่พึงประสงค์ดังกล่าวนี้ ไม่สามารถคงอยู่นานไปจนถึงระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐกา สงวนวงษ์, สุกัญญา บุญศรี, สายพิน สีหรัักษ์, ทศนีย์ สมเสียง และอภิชาติ มุกตาม่วง (2568) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและการฟื้นฟูพลังทางจิตใจ (Resilience) ในมุมมองจิตวิทยาเชิงบวก การฟื้นฟูพลังทางจิตใจได้รับการอธิบายทั้งในลักษณะที่เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวโดยสามารถฟื้นฟูพลังใจตนเองได้ หรือเป็นกระบวนการของการฟื้นฟูพลังทางจิตใจ หรือเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดี อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีลักษณะที่ผสมผสานกัน โดยประเด็นสำคัญ

คือ การให้ ความสำคัญกับความสามารถของบุคคลในการก้าวผ่านความท้าทายในชีวิต สามารถรักษาสมดุลทางจิตใจ มีมุมมอง ที่สมดุล มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง สามารถควบคุมตนเองทั้งทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม สามารถปรับตัวได้อย่างดีและสำเร็จ แม้จะต้องเผชิญกับความทุกข์ยาก ความตึงเครียดที่หนักหน่วง หรือ สถานการณ์ที่กดดันและคุกคามในชีวิต โดยปัจจัยที่ช่วยในการปรับตัวกับความทุกข์ได้ดี มาจากความยืดหยุ่นทาง จิตใจ มุมมองในการมองโลก ท่าทีในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และมีการสนับสนุนทาง สังคม (Liu, J. J. et al., 2023); (นันท ชาติสนธิ์ สกุลพงศ์, 2565) ความสามารถในการฟื้นฟูพลังทางจิตใจเป็นปัจจัยที่ช่วยลด ผลกระทบจากความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวที่ดี ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจาก กระบวนการนี้ เป็นผลให้เกิดสุขภาพทางจิตที่ดี (Hofgaard, L. S. et al., 2021) ซึ่งข้อมูล จากการวิจัยทางจิตวิทยาแสดงให้เห็นว่าทรัพยากรและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ในเชิงบวกเป็นสิ่งที่สามารถปลูกฝังและฝึกฝนได้ ทั้งนี้ องค์ประกอบของการฟื้นฟูพลังทาง จิตใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ I am สิ่งที่เป็น I can สิ่งที่ทำได้ และ I Have สิ่งที่มี คือ 1. ความสามารถในการรู้ตัว (I am: สิ่งที่เป็น) หมายถึง ความสามารถที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล เป็นลักษณะ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งของบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตัวของบุคคล การยอมรับสิ่ง ที่ เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเข้าใจตัวตนของ ตนเอง 2. ความสามารถในการปรับตัว (I have: สิ่งที่มี) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก ทั้งสภาพแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง โดย ยอมรับการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต และสามารถ จัดการปัญหาได้ 3. ความสามารถในการฟื้นตัว (I can: สิ่งที่ทำได้) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมองเห็น ศักยภาพภายในตนเองและสามารถนำมาใช้เมื่อ เผชิญปัญหา รวมทั้งความสามารถในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อช่วยในการจัดการแก้ไขปัญหาได้ จากเอกสารงานวิจัย ของธีรภัทร์ ลักษณะินาวิน และเอมอัชมา วัฒนบุรานนท์ (2565) ยืนยันว่า การฟื้นฟู พลังทางจิตใจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า นักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่ จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย (ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ, 2563) โดยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่เผชิญ

กับความเครียดในระดับสูงยังสามารถแสดงออกถึงการฟื้นฟูพลังทางจิตใจได้ และบุคคลที่อยู่กับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดเป็นเวลานานนั้น มีคนเพียงร้อยละ 10 – 20 เท่านั้นที่จะพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชรวมทั้งโรคซึมเศร้า ขณะที่คนส่วนใหญ่สามารถฟื้นฟูพลังทางจิตใจต่อความเครียด การส่งเสริมการฟื้นฟูพลังทางจิตใจนี้ จึงเป็นกลยุทธ์ทางเลือกหนึ่งที่ได้ช่วยในการรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Han, M. H. & Nestler, E. J., 2017) และสำหรับวัยรุ่นที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความสามารถในการฟื้นฟูพลังทางจิตใจ ในด้านความพึงพอใจในชีวิตและการมองโลกในแง่ดี อาจเป็นตัวช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเมื่อเผชิญอาการซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงได้ การฟื้นฟูพลังทางจิตใจ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรศึกษาและควรส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูพลังทางจิตใจในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่กำลังเผชิญวิกฤติชีวิต ให้สามารถฟื้นฟูใจตนเอง ทำให้ปรับเปลี่ยน ความคิด ปรับอารมณ์ ปรับการกระทำ และปรับเป้าหมาย สามารถมีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูพลังทางจิตใจนี้ จึงเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับบุคลากรทางการศึกษารวมทั้งครอบครัวที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของวัยรุ่นและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

บทสรุป

การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์และจิตใจ การศึกษาวิจัยในปัจจุบันได้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่า การพัฒนาทักษะด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา การปรับตัวต่อความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ที่สนับสนุนอย่างมีคุณภาพ ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวทางการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลวัยรุ่นจำเป็นต้องบูรณาการองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชา ทั้งจิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และการพยาบาล เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล และชุมชน พยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ให้การดูแลที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่น ควรมีบทบาทเชิงรุกใน

การประเมินความเสี่ยงทางจิตสังคม ส่งเสริมปัจจัยป้องกันที่มีอยู่ และจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนา Resilience อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การประยุกต์ใช้ผลการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะสั้นเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพของวัยรุ่นในฐานะทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- ชนกชนม์ โคตรสมบัติ และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2567). ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(3), 266-281.
- ณัฐกา สงวนวงษ์, สุกัญญา บุญศรี, สายพิน สีหรัักษ์, ทศนีย์ สมเสียง, และอภิชาติ มุกตาม่วง. (2568). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและการฟื้นฟูทางจิตใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 12(1), 236-245.
- ธัญพร บัวเหลือง, พิมรัตน์ ไทกุล, กมลนิชา อนันต์, และยุรี เชาวนพิพัฒน์. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(2), 98-105.
- ธีรภัทร์ ลักษณะินาวิน และเอมอชฌา วัฒนบูรานนท์. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 59-73.
- นันท์ชัตต์สนธ์ สุกุลพงศ์. (2565). จิตวิทยาเชิงบวก: หลักการพื้นฐานและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: โรจนพ ริษัทตั้ง.
- ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.

- สุภารัตน์ อภิตกุลวงษ์, ประกาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี และภัทรวดี ศรีนวล. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันศึกษาแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 38(3), 87–101.
- สมดี อนันต์ปวิธ, ธีญารักษ์ แสงบุญไทย และสุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2565). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14(2), 389–398.
- Haehner, P. et al. (2024). The relationship between the perception of major life events and depression: A systematic scoping review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 349, 145–157.
- Hofgaard, L. S. et al. (2021). Introducing two types of psychological resilience with partly unique genetic and environmental. *Journal Scientific Reports*, 11(1), 86–97.

ดัชนี

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า 25–31

- แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q 25–28
- Children’s Depression Inventory (CDI) 29
- CES–D 29–30
- PHQ–A 31

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE) 14–24

- กระบวนการคิด 16–18
- การรับรู้ (Perception) 18–20
- การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 20
- ความจำ (Memory) 21
- ความตั้งใจและสมาธิ 21
- การตัดสินใจ (Judgment) 22
- การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (Insight) 23–24

การสัมภาษณ์ 13–14

- การซักประวัติ 13
- แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช 13–14

การบำบัดภาวะซึมเศร้า 38–60

- การให้คำปรึกษา 39
- สุขภาพจิตศึกษา 40
- การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) 42–43
- ครอบครัวบำบัด 44–45
- การรักษาด้วยยา 46–52
- การรักษาด้วยไฟฟ้า 53–56
- การบำบัดทางเลือก 57–60

– ดนตรีบำบัด 57

- ศิลปะบำบัด 58
- การฝึกสติและสมาธิ 59
- การออกกำลังกาย 60

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 65-98

- บทบาทพยาบาลจิตเวช 66-74
 - บทบาทการส่งเสริม 66-68
 - บทบาทการป้องกัน 69-70
 - บทบาทการรักษา 71-73
 - บทบาทการฟื้นฟู 74
- กระบวนการพยาบาล 76-85
 - การประเมินปัญหา 76-79
 - การวินิจฉัยทางการพยาบาล 80
 - การวางแผน 81-82
 - การปฏิบัติการพยาบาล 83-84
 - การประเมินผล 85
- การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 85-90
- เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด 91-97

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น 1-11

- ความหมาย 5-6
- ประเภท 5-6
- อาการและอาการแสดง 6-7
- ระดับของภาวะซึมเศร้า 8-10
- สถานการณ์ปัจจุบัน 2-4

ระดับของภาวะซึมเศร้า

- ระดับเล็กน้อย 8-9
- ระดับปานกลาง 9
- ระดับรุนแรง 9-10

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด 91-97

- Exploring
- Clarifying
- Focusing
- Reflecting of feeling
- Summarizing

วัยรุ่น

- ความหมายและช่วงอายุ 2
- ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต 3-4

ประวัติผู้เขียน

นางสาวธัญพร บัวเหลือง
Miss Thanyaporn Bualuang



ประวัติการศึกษา

- ระดับปริญญาโท:** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี (พ.ศ. 2561)
- ระดับปริญญาตรี:** พยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (พ.ศ. 2555)

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2567-ปัจจุบัน หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาล
ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- พ.ศ. 2565-ปัจจุบัน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร สาขาการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาล
ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- พ.ศ. 2555 อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวช วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัสมน นามวงษ์
Associated Professor Dr. Tassamon Namwong



ประวัติการศึกษา

- ระดับปริญญาเอก:** Doctoral Philosophy in Nursing School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health and Life science, De Monfort University, Leicester, United Kingdom
- ระดับปริญญาโท:** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศึกษา สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ระดับปริญญาตรี:** ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2566-ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต
- พ.ศ. 2567 ประธานหลักสูตรอบรมเฉพาะทางการจัดการโรคเรื้อรัง
- พ.ศ. 2563-2566 หัวหน้างานสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- พ.ศ. 2559-2562 หัวหน้างานศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคเรื้อรัง
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- พ.ศ. 2536 อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาพื้นฐานการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวพิมพัรัตน์ โทกุล

Miss Pimrat Tokun



ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาโท: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
(พ.ศ. 2561)

ระดับปริญญาตรี: พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก (พ.ศ. 2555)

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2555-2562 พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคทางสมองและ
ระบบประสาท (Neurological Intensive Care Unit)
โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก