



# การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

NURSING CARE OF ADOLESCENT WITH DEPRESSION

อาจารย์รัตนยพร บัวเหลือง

ผศ. ดร.ธัชมน นามวงศ์

อาจารย์พิมพ์รัตน์ โภกุล



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

## สารบัญ

หน้า

สารบัญ .....	๑
สารบัญตาราง .....	๔
สารบัญภาพ .....	๗
<b>บทที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น .....</b>	<b>๑</b>
สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น .....	๒
ความหมาย และประเภทของภาวะซึมเศร้า .....	๕
อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น .....	๖
ระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น .....	๘
<b>บทสรุป .....</b>	<b>๑๑</b>
เอกสารอ้างอิง .....	๑๑
<b>บทที่ 2 การประเมินและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น .....</b>	<b>๑๒</b>
การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตในภาวะซึมเศร้า .....	๑๓
การสัมภาษณ์และการซักประวัติ .....	๑๓
การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE) .....	๑๔
การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ .....	๒๕
แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q .....	๒๕
แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) .....	๒๙
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) .....	๒๙
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (PHQ-A) .....	๓๑
<b>บทสรุป .....</b>	<b>๓๔</b>
เอกสารอ้างอิง .....	๓๕
<b>บทที่ 3 การบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า .....</b>	<b>๓๗</b>
บทนำ .....	๓๗
การบำบัดด้านจิตสังคม .....	๓๘

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การให้คำปรึกษา .....	39
การให้สุขภาพจิตศึกษา .....	40
การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT).....	42
ครอบครัวบำบัด .....	44
<b>การรักษาด้วยยา.....</b>	<b>46</b>
ยาต้านอารมณ์เศร้า : ชนิดของยา อาการ และผลข้างเคียง .....	46
การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าอย่างสมเหตุสมผล (RDU) .....	50
<b>การรักษาด้วยไฟฟ้า .....</b>	<b>53</b>
<b>การบำบัดทางเลือก.....</b>	<b>57</b>
ดนตรีบำบัด .....	57
ศิลปะบำบัด .....	58
การฝึกสติและสมาธิ (Mindfulness and Meditation) .....	59
การออกกำลังกาย .....	60
<b>บทที่ 4 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า.....</b>	<b>65</b>
บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า .....	66
บทบาทการลงเสริม.....	66
บทบาทการป้องกัน .....	69
บทบาทการรักษา.....	71
บทบาทการพื่นฟู .....	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

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ผลประเมินสุขภาพจิตตานของเยาวชนอายุ 15–23 ปี ระหว่างปี 2565–2567.....	4
ภาพที่ 2 การจัดทำนั่งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด.....	88

# แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

บทที่

1

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญระดับโลก ซึ่งมีการทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหัวเสี้ยวหัวต่อของชีวิตมนุษย์ การเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีนัยสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ก่อสร้างสร้างอัตลักษณ์ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการที่วัยรุ่นจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่เพื่อ นำไปดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความหลากหลายทางเพศ วัย บุคลิกภาพ ศาสนา และวัฒนธรรม ด้วยการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

สถานการณ์ปัจจุบันบ่งชี้ถึงอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นของอาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นผลพวงมาจากการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม อาทิ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่ผันผวน ความกดดันทางวิชาการที่เข้มข้นขึ้น ความท้าทายในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย และความคาดหวังจากครอบครัวและสังคมที่สูงเกินจริง นอกจากนี้บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ได้กลายเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และการเบรี่ยบเทียบตนเองกับผู้อื่นในเชิงลบ ซึ่งยิ่งเสริมให้ความประบากทางอารมณ์ของวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการจัดการกับปัญหานี้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเหลือวัยรุ่นให้เติบโตอย่างมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

## เนื้อหา

### แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สถานการณ์ปัจจุบันของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ความหมาย และประเภทของภาวะซึมเศร้า

อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

บทสรุป

### วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

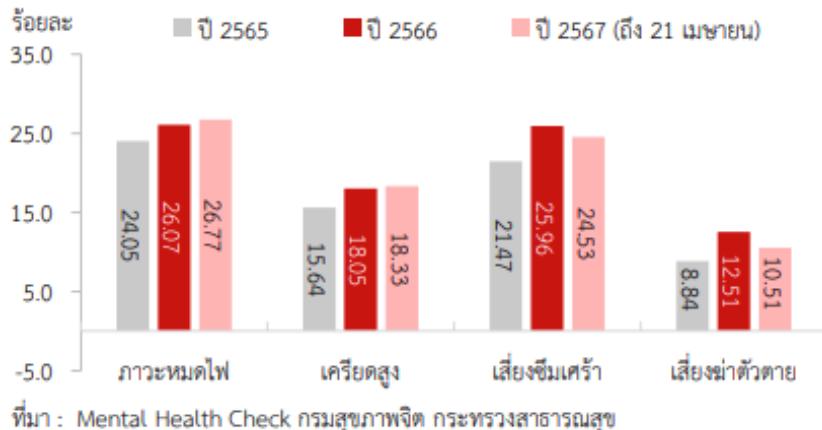
1. อธิบายสถานการณ์ปัจจุบัน ความหมาย สาเหตุ ประเภทของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
2. อธิบายอาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
3. แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
4. อธิบายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายได้

### 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 หากการปรับตัวในช่วงนี้ไม่เหมาะสม หรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ อาจส่งผลให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นจากประเทศอื่น ๆ มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

ในส่วนของประเทศไทย วัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลหลายเรื่อง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหานการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหา Ya สเตปติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก คือ ปัญหาความเครียด จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต (2566) พบว่า เยาวชนร้อยละ 18.0 มีความเครียดสูง เสี่ยงต่ออุบัติเหตุในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.0 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 12.5 และในส่วนของผลการประเมิน 3 เดือนแรกของปี 2567 พบว่า เยาวชนร้อยละ 26.8 และ 18.3 กำลังอยู่ในภาวะหมดไฟในการเรียนรู้ และมีความเครียดสูงตามลำดับ ทั้งนี้ สาเหตุของความเครียดของเยาวชนจากการผลสำรวจเยาวชน ในปี 2565 พบว่า การเรียนและความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต และสถานะทางการเงินของครอบครัวเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กไทยเกิดความเครียดสูงโดยกลุ่มอายุ 15 – 18 ปี และ 19 – 22 ปี มีความเครียดด้านการเรียนและความคาดหวังงานในอนาคตมากที่สุด 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 โดยข้อมูลจากการสนับสนุนบริการสุขภาพ (2566) พบว่า เด็กและเยาวชนไทยเคยถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 44.33 และส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในโรงเรียนมากถึงร้อยละ 86.9 ซึ่งเป็นการกระทำการรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาทิ เกิดความเครียด ความรู้สึกอับอาย และมีความมั่นใจในตนเองต่ำลง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่อาจเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตในอนาคต



ภาพที่ 1 ผลประเมินสุขภาพจิตตนเองของเยาวชนอายุ 15-23 ปี ระหว่างปี 2565-2567

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

สอนคล้องกับข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังการพยาบาลจิตเวชของนักเรียนในประเทศไทยประจำปีงบประมาณ 2565 (อย่างอิง) จำนวนการพยาบาลจิตเวชของนักเรียนอายุ 5-14 ปี จำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15-19 ปี จำนวน 105 คน และอัตราพยาบาลนักเรียนต่อรายเดือนของกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยาบาลนักเรียนต่อรายเดือนสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน 45.24 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียน นักศึกษาร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาดร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ใช้ของมีค่าร้อยละ 9.3 และผูกคอร้อยละ 8.5 ก่อนลงมือพยาบาลนักเรียนต่อเดือนเพียงร้อยละ 11 นอกจากนี้ผลสำรวจวัยรุ่นช่วงอายุ 11-19 ปี ที่เป็นตัวแทนจาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 5,345 คน พบร้อยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (เก็บข้อมูลจากจังหวัดจันทบุรี) มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25 เขตสุขภาพที่ 7 (เก็บข้อมูลจากจังหวัดชลบุรี) มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 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 บัญญาวงศ์, รัตนศักดิ์ สันติราดาภุล และชนิษิตา ภาสุทธิ์โพคิฐ, 2563) ข้อมูล

จากองค์กรต่าง ๆ และหน่วยงานสุขภาพในหลายประเทศแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

## ความหมาย และประเภทของภาวะซึมเศร้า

### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1976) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้าน อารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ยังเนื่องมาจากการมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง ตัวโลง และต่ออนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกโดยยต าหนิกล้าวโทษและลงโทษตนเอง มองตนเอง ไร้ค่า มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแบบ รู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ ความสนใจท ากิจกรรมต่างๆ และ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง อ่อนเพลีย เปื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง

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

ดวงใจ วัฒนสินธุ (2564) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เข้ามายกระตุ้นในหลากหลายรูปแบบ ภาวะซึมเศร้ามีความหมายที่หลากหลายตามความรุนแรง ระยะเวลา ผลกระทบ หรือการสูญเสียหนักที่

### ประเภทของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ตามลักษณะความรุนแรง ระยะเวลาระยะของอาการ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (ดวงใจ วัฒนสินธุ, 2564) **ภาวะอารมณ์เศร้าทั่วไป (Depressive Mood)** ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติในบุคคลทั่วไปเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความผิดหวังหรือความทุกข์ใจ อารมณ์ลักษณะนี้มักเกิดขึ้นชั่วคราว และสามารถคลี่คลายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

**ภาวะซึมเศร้า (Depressive Symptom)** ซึ่งเริ่มแสดงออกผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาการจะดำเนินอยู่ต่อเนื่องและกระบวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน หรือความล้มเหลวทางสังคม ความรุนแรงของอาการมีตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตหรือผู้ให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นคืนสุสภาวะปกติ และ**โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)** ซึ่งจัดว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดยมีอาการและผลกระทบคลายคลึงกับภาวะซึมเศร้า แต่ต้องได้รับการประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอย่างเป็นระบบ จึงจะสามารถระบุได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้อาการทุเลาลงอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับข้อมูลจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของประเทศไทย พบร้าในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 10–15 ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย พบร้อตราชาระการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงสูงกว่าเล็กน้อย โดยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20–25 (อัญมณี มนีนิล และคณะ, 2565) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นครอบคลุมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนปลายซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกับภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงมากกว่าช่วงวัยก่อนหน้านี้

### อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่ประสบกับภาวะซึมเศร้ามักแสดงอาการที่สามารถจำแนกได้ในหลายมิติ ทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย ซึ่งอาการหลักมักเริ่มต้นจากความรู้สึกเศร้า หดหู่ ร่างเบ้า และขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ โดยอาการเหล่านี้มักปรากฏอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมักมีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น สมานิลลดลง ความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ความลึ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต อ่อนเพลีย พลังงานลดลง บัญหาเกี่ยวกับการนอน รวมถึงการลดลงของตนเองในแหล่ง

แม้ว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีความคล้ายคลึงกับในช่วงวัยอื่น แต่ลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นส่งผลให้อาการบางประการแสดงออกแตกต่างกัน เช่น มักมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย หรือมีพฤติกรรมต่อต้านมากกว่าการแสดงความเศร้าอย่างตรงไปตรงมา เช่น การร้องไห้ตลอดวัน ทั้งนี้ ในบางราย อาการซึมเศร้าอาจแสดงออกผ่านพฤติกรรมที่ไม่ชัดเจนหรือผิดปกติ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง การใช้สารเสพติด หรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจถูกตีความจากผู้ใหญ่ในลักษณะของความเกเร การเรียกร้องความสนใจ หรือความไม่รับผิดชอบ ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้อาการมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น และอาจพบภาวะทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวสังคม หรือโรคตื่นตระหนก

สายฝน เอกภาระกูร (2562) ได้แบ่งลักษณะของการและการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านการแสดงออกทางกาย

- ด้านอารมณ์** มีอารมณ์เศร้า หดหู่ หม่นหมอง ขาดความสดชื่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล ผิดหวัง ห้อแท้ รู้สึกล้มเหลวหรือไร้ค่า ความเพิงพอใจในตนเองลดลง ขาดความกระตือรือร้นในชีวิต ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือผู้คนรอบข้าง รู้สึกเหนื่อยยิ่ง เปื่อยหน่าย ไม่อยากคิดหรือทำสิ่งใด และในบางรายอาจรู้สึกอยากหายไปจากโลกนี้
- ด้านความคิด** แสดงความคิดในเชิงลบต่อตนเอง เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลว ไร้ความสามารถ ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระ หรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม มองอนาคตอย่างลึ้นห่วง ขาดความมั่นใจในตนเอง มีแนวโน้มทำให้หรือวิจารณ์ตนเองอย่างรุนแรง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สามารถและความจำบกพร่อง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง และในบางกรณีอาจมีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย
- ด้านพฤติกรรม** มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น ไม่ใส่ใจในภาพลักษณ์ลดการดูแลตนเอง ละเลยกิจวัตรประจำวัน ขาดเรียน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนหรือสถานบัน ถอนตัวจากสังคม ไม่ร่วมกิจกรรมกับ

ครอบครัว บางรายแยกตัวอยู่ในห้องเพียงลำพัง และอาจแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4. **ด้านร่างกาย** แสดงออกผ่านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความอ่อน感 อาการผิดปกติ นำไปสู่การลดหรือน้ำหนักตัวเพิ่ม การพูดหรือเคลื่อนไหวช้าลง รูปแบบการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนมากหรือนอนน้อยเกินไป ความสนใจในเรื่องเพศลดลง และมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด เจ็บหน้าอก หรือแม้แต่หมดสติและมีประสาทหลอน

ลักษณะของการข้างต้นเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้ใกล้ชิดวัยรุ่น เช่น ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ หรือสมาชิกในครอบครัว ควรตระหนักรแล้วให้ความสำคัญ เมื่อจากสามารถใช้เป็นแนวทางในการสังเกตและประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อการรักษาโดยอย่างเหมาะสม ก่อนที่อาการจะถูกผลักภาระหรือทรัพยากรุนแรงมากขึ้น

### ระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ตามอาการและผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าที่พบได้ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและคณะ, 2561)

#### ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression)

เป็นภาวะที่มีอาการไม่รุนแรงมากนักบุคคลสามารถเรียนหนังสือ ทำงาน ปฏิบัติภาระประจำวันได้ตามปกติอย่างที่เคยทำหรือใกล้เคียงตามปกติ ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (สายฟัน เอกภราณกุร, 2562) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้สามารถหายได้เอง หากผ่านพ้นสถานการณ์ ช่วงวิกฤติของอารมณ์ไป หรือได้รับการให้คำปรึกษา สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและคณะ, 2561)

**ด้านอารมณ์** สีหน้าเศร้า ขาดชีวิตชีวา ไม่สดชื่นแจ่มใส กังวล ไม่สดชื่น igrich รู้สึกผิด ชีวิตดูไม่มีค่า เหงา ห้อแท้ โดยอารมณ์เศร้าจะลับไปมาตลอดวัน บางเวลา

อารมณ์เศร้า บางเวลาสอดซึ่น อารมณ์แปรปรวน อาจรู้สึกเบื่อหน่ายในกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เคยรู้สึกสนุก ส่งผลให้ความต้องการในการทำกิจกรรมลดลง (ดวงใจ วัฒน ลินธุ, 2564)

**ด้านความคิด** มีความคิดหรือมุ่งมองต่อตนเองในทางลบ ให้คุณค่าต่ำลง เองต่างๆ ทำให้เกิดความไม่พอใจ ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ตัดสินใจไม่ได้ คิดวนเวียนอยู่ กับการสูญเสีย คิดหรือทำอะไรได้ชั่วลง ความคิดขาดช่วงชักจักร

**ด้านพฤติกรรม** ร้องไห้บ่อย และตัว ไม่อยากทำอะไร หรืออาจกระสับกระส่ายอยู่บ่อยๆ ไม่ได้

**ด้านร่างกาย** เบื่ออาหาร หรืออาเจียนมากขึ้น นอนไม่หลับ หรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางกายมากขึ้น เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

**ผลกระทบ** ยังคงสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ แต่มีความรู้สึกไม่สบายใจ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression)

- อาการ: รู้สึกเศร้าอย่างต่อเนื่อง อาจมีปัญหาในการนอนหลับหรือการกิน อารมณ์แปรปรวนมากขึ้น
- ผลกระทบ: เริ่มมีปัญหาในการทำงานหรือการเรียน รวมถึงความสัมพันธ์ กับเพื่อนและครอบครัว

**ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression)**

- อาการ: รู้สึกเหดหู่นตลอดเวลา มีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกโศกและหมดหวัง
- ผลกระทบ: ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ อาจมีปัญหาสุขภาพร่างกายตามมา และต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเร่งด่วน

## ตารางที่ 1 แสดงระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับ	ปฏิกริยาตอบสนอง			
	ด้านอารมณ์	ด้านพฤติกรรม	ด้านความคิด	ด้านร่างกาย
ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)	กังวล โกรธ <u>รู้สึกผิด</u> <u>ชีวิตดูไม่มีค่า</u> เหงา <u>ห้อแท้</u>	ร้องไห้บ่อย แยกตัว <u>ไม่อยากทำอะไร</u> หรืออาจกระลับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้	คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย <u>ตำแหน่ง</u> ตำแหน่งอื่น ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต <u>ตัดสินใจไม่ได้</u>	เบื่ออาหาร หรืออาหารมากขึ้น นอนไม่หลับหรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางกายมากขึ้น เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก
ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ยังดำเนินชีวิตประจำวันได้ ตามปกติแต่ประสิทชีวภาพลดลง	หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัวมีความไม่แจ่มใส <u>ความภาคภูมิใจในตนเอง</u> ต่ำ <u>ไม่สนใจสนานในกิจกรรมที่เคยทำ</u>	เชื่องชา พุดชา พูดน้อยลง สีหน้าเหดหู่ หม่นหมอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม <u>ไม่สนใจดูแลร่างกายตนเอง</u> ขาดพึงพอใจสภาพตัว	ความสนใจสิ่งต่างๆลดลง ไม่มีสมารถ คิดช้าลง คิดเรื่องเดิมซ้ำๆ <u>รู้สึกตนเองไม่มีค่า</u> ไม่มีความหมาย ขาดคิดทั่วไป	เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หรือกินมากขึ้น <u>นอนไม่หลับ</u> หรืออาจนอนมากเกินไป สนใจทางเพศลดลง <u>ความเพลิดเพลิน</u> เช่น ความรัก ความสุข ความสนุกสนาน ขาดการทางกายร่วม เช่น ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก อาหารไม่อยาก ไม่มีแรง
ซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ	รู้สึกหมดหวังโดยลืมเชิง อาจเผลเมยจนไม่แสดงความรู้สึกใดๆ แวรตามทางเปล่า เหงา เศร้า <u>ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ</u>	ไม่พูด ไม่โตตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว หรือกระลับกระส่ายมากกิจกรรมต่างๆ หงุดหงิด <u>ไม่สนใจตนเอง</u> <u>อาเจียน</u> ร้ายแรงจากความคิดหลงผิด	ลับสน ไม่มีสมารถ <u>หลงผิดทางด้านเราร้าย</u> คิดว่าตนเองไม่ดี คิด想法 ตัวตาย หรือหลงผิดว่าเจ็บป่วยทางกาย อาจมีประสาทหลอนรุ่มด้วย	การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายช้าลง <u>เบื่ออาหาร</u> น้ำหนักลดลงอย่างมาก นอนหลับยากหรือนอนมากเกิน <u>ไม่หลับ</u> อาการมักรุนแรงช่วงเช้าแต่พอบ่ายๆ จะดีขึ้น

## บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ไม่ธรรมดา เนื่องจากส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นในระยะยาว การเข้าใจแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะนี้ ทั้งในด้านความหมาย ประเภท อาการ อาการแสดง และระดับความรุนแรงจะช่วยให้เข้าใจวัยรุ่นมากขึ้น โดยอาการที่แสดงออกแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นไม่แตกต่างจากการภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นมากนัก แต่ในวัยรุ่นมักจะมีอาการเด่น ในเรื่องก้าวร้าว มุโหม ความหงุดหงิด พฤติกรรมตอต้าน เกิดขึ้นมากกว่าที่จะมีอารมณ์เศร้า เก็บตัวคนเดียว ร้องไห้ตลอดวัน สิงเหล่านี้มีความสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะรุนแรงขึ้นในอนาคตได้

## เอกสารอ้างอิง

- ฉบับรวม สถาบันธรรม, แพร จันทร์สุข, และศุกร์ใจ เจริญสุข. (2565). การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ. (2564). วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. เชียงใหม่ : หจก. วนิดาการพิมพ์.
- อัญมณี มณีนิล, อัญชิกา เกตุคุม, และสุชาติพย์ สมบูรณ์. (2565). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย: รายงานการวิจัย. สำนักวิจัยสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สายฝน เอกภาระกุร. (2562). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์การปฏิบัติ 1. ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยราชภัฏลักษณ์.
- ชญาดา จิรกิตติภากรณ์. (2567). คาดคะเนไทยป่วยสุขภาพจิต 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.

# การประเมินและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

บทที่

2

## บทนำ

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

## เนื้อหา

### การประเมินและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

#### การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตในภาวะซึมเศร้า

##### การสัมภาษณ์และการซักประวัติ

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE)

#### การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินทาง 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

#### การสัมภาษณ์และการชักประวัติ

การสัมภาษณ์ประวัติในทางปฏิบัตินี้ ประกอบไปด้วยหัวข้อสำคัญ ดังนี้

**1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย** สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ชื่อ นามสกุล อายุ ภูมิลำเนา การศึกษา โดยข้อมูลส่วนตัวมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลมั่นใจว่ากำลัง สัมภาษณ์และการให้พยาบาลผู้ป่วยถูกราย อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลเข้าใจภูมิหลังของ ผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การสัมภาษณ์ที่เหมาะสม เช่น ระดับภาษาที่ใช้เพื่อความเข้าใจ และ ยังเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและคุ้นเคย

**2. เหตุผลที่มาโรงพยาบาล** ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชอาจมาโรงพยาบาลด้วย ตนเอง ครูประจำชั้น หรืออาจารย์ผู้ปกครอง ญาติ และคนใกล้ชิดนำส่งโรงพยาบาล ช่วย ในการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการตรวจหันกรูสิงโตรค์ที่เป็นของผู้ป่วย (Insight) กรณีผู้ป่วยไม่ ได้มาพบทะเบียดด้วยตนเอง พยาบาลควรพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนซักประวัติจากญาติ/ผู้นำส่ง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย ลดความเลี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ร่วมมือกับ ผู้ที่นำส่ง

**3. อาการสำคัญ** คือ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาล และ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยประสบกับอาการนั้น โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะให้ประวัติและเล่าถึง เหตุการณ์ที่ตนเองประสบเป็นหลัก พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวด้วย ระยะหนึ่ง และจับประเด็นว่าผลกระบวนการของเหตุการณ์นั้นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ภาระงานของการสำคัญนี้ ควรเป็นคำตามปลายเปิด เพื่อให้เข้าใจอาการสำคัญ เช่น “หนูมี อาการอย่างไรบ้างถึงมาโรงพยาบาล”

**4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** ประกอบด้วยอาการเรื้อรัง การดำเนินของโรคจนถึงปัจจุบัน การรักษาพยาบาลที่เคยได้รับและกำลังได้รับ และการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นที่ยังต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ระบุสภาพผู้ป่วยด้วยว่าได้ทำการแก้ไขปัญหาอะไรไปบ้าง ผลเป็นอย่างไร และบอกระยะเวลาโดยเรียงลำดับเหตุการณ์เกิดขึ้นก่อนหลัง

**5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** หมายถึง ประวัติของการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ไม่ได้ป่วยในปัจจุบัน เป็นการทบทวนภูมิหลังของการเจ็บป่วย นอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น ภาวะสุขภาพทั่วไป โรคติดเชื้อ โรคติดต่อประวัติการแพ้อาหารและยา ภูมิคุ้มกัน ประวัติการผ่าตัด อุบัติเหตุ ประวัติทางสุสานิรเวช ประวัติทางจิตเวช ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความพิการ และครอบครัวของระยะเวลาของเหตุการณ์ด้วย รวมถึงประวัติอดีตทางจิตเวชหากผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมาก่อน

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

#### การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination : MSE)

การตรวจสภาพจิตเป็นการตรวจเพื่อประเมินข้อมูลสำหรับพิจารณาให้ข้อมูลนี้ทางการพยาบาล การตรวจสภาพจิตเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องอาศัยทักษะมากกว่าการตรวจชนิดอื่น เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้โดยตรง เป็นนามธรรม จับต้องไม่ได้ ต้องอาศัยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการแปลความ เพื่อขอรายละเอียดกลับไปถึงสภาพจิตของบุคคลอย่างปราศจากอคติ

## การตรวจสภาพจิตมีขั้นตอนดังนี้

### 1. สภาพทั่วไปและพฤติกรรมการแสดงออก (General appearance and behavior)

1.1 การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกาย และเสื้อผ้า ตัวอย่างที่พบ เช่น สวมเสื้อหالาຍชั้นหรือสวมเสื้อโค้ทหนา ๆ ทั้งที่อากาศร้อน สวมผ้าหลาກสีคล้ำซุ่ดเจ้าแม่กวนอิม สวมเครื่องประดับหลายชิ้น สวมเสื้อผ้าสกปรกมีกลิ่นเหม็น สวมหมวกคุณผู้ชายบานหน้ามาโรงยาบาล สวมแวนต้าตามาก ตลอดเวลา ประดับของตกแต่งที่คีรีระหายชิ้น เป็นต้น

1.2 การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เคร็ำหอมง ทุกข์ ห้อแท้ เสียใจ ผิดหวัง หมดหวัง โกรธ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว วิตกกังวล หวานกลัว หวานระวง เรียบเฉย ไร้อารมณ์ เป็นต้น

1.3 ท่าทาง เช่น ผ่อนคลาย ตึงเครียด สับสน เกร็ง ขัดขืน อิริยาบถต่าง ๆ การนั่ง นอน ยืน เดิน ทรงตัว รวมถึงท่าทางการแสดงออกในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

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

1.5 ลักษณะร่างกาย เช่น สูง เตี้ย อ้วน พอม สมส่วน แขนขาสั้นกว่าปกติ มีบอดแพลง รอยฟกช้ำ รอยแพลงเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

1.6 ปฏิกิริยาขณะสนทนากับคนอื่น เช่น เป็นมิตร ขาดความมั่นใจ หวานระวง 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 พูดติดกลาง) น้ำเสียงการพูด (เคร้า ตีนเต้น ไม่มั่นใจ) สำเนียงการพูด การเน้นหนัก-เบา การใช้ภาษา (ภาษาแสง ภาษาที่คิดขึ้นใช้คุณเดียว)

2.3 ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนของ คือ นั่งกอดอก ไขว้หาง การแสดงภาวะเครียด กัดดัน และกังวล คือ บีบมือ เกร็ง จิกกดปลายเท้า หรือ การนั่งที่มีลักษณะผ่อนคลาย คือ วางมือไว้บนตัก โน้มตัวตามสบาย เป็นต้น

### 3. ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

3.1 อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะครึ่นเครื่องในงานศพ เล่าเรื่องเศร้าแต่หัวเราะ เป็นต้น

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

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

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

### 4. กระบวนการคิด (Thinking process)

4.1 กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น พุตดาวน์ (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อม ไม่ตรงจุดหมาย โดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ตอนสุดท้ายก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิม หรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบค่ำถามแบบซักแม่น้ำทั้ง 5 เช่น

ผู้ล้มภาษณ์ : คุณมาโรงพยาบาลอย่างไร

ผู้ป่วย : รถบันถนนมีมาก มาโรงพยาบาล เมื่อวานพากันไปวิ่งที่สนามวัดใกล้ ๆ บ้าน แล้วไป واللهดดูหนัง ตอนนี้มีเงินมา 20 บาท มา กับแม่ แม่แก่ไม่สบาย นอนชาวยับรถมาสัก

1.2 การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่ หรือเป็นคำที่ใช้กันอยู่ แต่ถูกนำมาใช้ในความหมายที่เปลกไปโดยที่ผู้ล้มภาษณ์หรือบุคคลทัวไปฟังไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่อง

4.3 ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือ การพูดอย่างรวดเร็ว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง เช่น โยงเนื้อหาให้ต่อเนื่องกันไม่ได้

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

4.5 การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ อาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion) เช่น

**ผู้สัมภาษณ์** : "มีบางสิ่งบางอย่างอาศัยอยู่ในร่างกายของเรามี่อนไม่ใช่ตัวเรา บ้างเหมือน

**ผู้ป่วย** : "ผมมีเหล็กให้หลอยู่ในตัวทำให้ยิ่งพันไม่เข้า" "มีคนเอาไมโครชิปมาฝังในหัวผม เวลาติดอะไรมันก็รู้หมด"

4.6 การย้ำพูดซ้ำคิดอยู่ประ邈คิดเดียว เมื่อจะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียวก็พูดซึ้งมาเองด้วยประ邈คิดเดียวนั้น

4.7 การคิดที่มักเจอบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ความคิดโรค คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความคิดอย่างตาย

**แนวทาง เทคนิค และวิธีการสัมภาษณ์** : กระบวนการคิดสามารถสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยพูดหรือเล่าเรื่อง แต่บางลักษณะอาจต้องใช้คำامช่วย เช่น การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ สามารถตรวจได้จาก ตัวอย่างคำตาม เช่น "มีบางสิ่งบางอย่างอาศัยอยู่ในร่างกายของเราเมื่อนไม่ใช่ตัวเราบ้างเหมือน" หรือ "คุณคิดว่าคุณมีสิ่งพิเศษเหนือกว่าคนอื่นอย่างไร" หรือ "เคยมีคนนำเรื่องของคุณออกรายการวิทยุหรือโทรทัศน์บ้างหรือไม่" หรือการประเมินการย้ำคิด เช่น "คุณเคยคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆ หรือไม่" หรือ "คุณหยุดความคิดซ้ำๆ นั้นได้หรือไม่"

## 5. การรับรู้ (Perception)

ผ่านทางประสาทสัมผัสทางด้านการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสดวงบุคคล การรับรู้ที่ผิดปกติแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1 ประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยปราศจากสิ่งเร้า (Stimuli) เช่นการรับรู้สัมภាមณ์สามารถตั้งคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลในการรับรู้ ดังนี้

5.1.1 ประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) เป็นการมองเห็นภาพโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าจริง ซึ่งมักจะเรียกว่า “ภาพหลอน” เช่น “คุณเคยเห็นสิ่งแปลกๆ ที่ไม่คิดว่าจะมีโดยที่ไม่มีใครเห็นนอกจากคุณใหม่” หรือ “คุณเคยเห็นภาพบางภาพทั้งที่คนอื่นไม่เห็นเลยใหม่” สิ่งที่ผู้สัมภាមณ์ไม่ควรละเลย คือ การสำรวจถึงความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาพที่เห็นนั้น ตัวอย่าง เช่น

ผู้สัมภាមณ์: “คุณเห็นภาพวัตถุขณะที่คนอื่นไม่เห็นบ้างใหม่”

ผู้ป่วย: “คนแต่งชุดดำถือปืนมาไล่ยิง”

ผู้สัมภាមณ์: “คุณรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่เห็น”

ผู้ป่วย: “กลัวคนมาทำร้าย”

ผู้สัมภាមณ์: “ทำอย่างไรให้รู้สึกปลอดภัยขึ้น”

ผู้ป่วย: “พกมีดพร้าไว้ตัว ค่อยแอบมองตามหน้าต่าง ประตูบาน อยู่แต่ในห้อง”

ผู้สัมภាមณ์: “ขณะนี้คุณต้องพกมีดหรืออาวุธมาด้วยหรือไม่”

ผู้ป่วย: “ไม่ได้อา茂า”

ผู้สัมภាមณ์: “ขณะนี้คิดอยากฆ่าใครใหม่”

ผู้ป่วย: “มัน...โไอคนนั้น”

ผู้สัมภាមณ์: “พอจะบอกได้ไหมว่ามันโไอคนนั้นหมายถึงใคร”

ผู้ป่วย: ซึ่งเป็นน้องชาย “มันค่อยจะมาทำร้าย” “กูไม่กลัวมึง เดี๋ยวมาแล้ว”

### 5.1.2 ประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination)

เป็นการได้ยินเสียงโดยที่ไม่มีสิ่งเร้า ซึ่งมักจะเรียกว่า “หูแหวว” เช่น “คุณเคยได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยินใหม่” หรือ “คุณเคยได้ยินเสียงกระซิบที่หูโดยไม่มีคนกระซิบจริง บางหรือไม่ สิ่งที่ผู้สัมภាមณ์ไม่ควรละเลยคือการสำรวจถึงความคิด หรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเสียงที่ได้ยินนั้น ตัวอย่าง เช่น

ผู้สัมภาษณ์: “คุณได้ยินเสียงพูดคุยกันว่าตอนน่องขณะที่คนอื่นไม่ได้ยิน”

ผู้ป่วย: ได้ยินเสียงแม่พูดต่อว่า ทำไม่เป็นคนไม่ได้เรื่องแบบนี้”

ผู้สัมภาษณ์: “รู้สึกอย่างไรกับเสียงที่ได้ยิน”

ผู้ป่วย: “รู้สึกเสียใจ”

ผู้สัมภาษณ์: “คิดจะทำอย่างไรต่อไป”

ผู้ป่วย: “ไม่อยากทำอะไรมาก”

ผู้สัมภาษณ์: “ความรู้สึกเสียใจเคยทำให้คุณคิดทำร้ายตนเองบ้างไหม”

ผู้ป่วย: “บางครั้งก็รู้สึกอยากตาย อยากหายไป แต่ก็กลัว”

5.1.3 ประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination) เป็นการได้รับรสโดยที่ไม่มีสิ่งใดอยู่ในปาก เช่น “คุณเคยรู้สึกว่ามีรสเปลกละ อยู่ที่ลิ้นคุณในขณะที่ไม่มีอะไรอยู่ในปากหรือไม่” เป็นต้น

5.1.4 ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) เป็นการได้กลิ่นโดยไม่มีสิ่งเร้าได้เข้ามากระตุ้น เช่น “คุณเคยได้กลิ่นเปลกละ โดยคนที่อยู่รอบข้างไม่มีใครได้กลิ่นเหมือนคุณบ้างไหม” สิ่งที่ผู้สัมภาษณ์ต้องระมัดระวัง เช่น ผู้ป่วยตอบว่าเคยได้กลิ่นควันถูกบ้าง ที่บ้านไม่ได้จุดถูกบ แต่ในความเป็นจริงเมื่อสอบถามสัมภาษณ์จนละเอียดทำให้ทราบว่าบ้านของผู้ป่วยอยู่ติดกับรัตน์ ซึ่งกลิ่นที่ได้รับอาจเป็นเรื่องจริงไม่ใช่ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น เป็นต้น

5.1.5 ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination) เป็นการรู้สึกว่ามีบางอย่างล้มผสานวัน โดยไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น เช่น “คุณเคยรู้สึกว่ามีอะไรมาตัวตามตัวคุณทั้งที่คุณมองหาแมลงหรืออะไรไม่เจอก่อนเลยบ้างหรือไม่”

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

## 6. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation)

เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมผัสนรภาพกับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล ดังนี้

6.1 การรับรู้เรื่องเวลา ตัวอย่างคำตาม เช่น “คุณมาอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ เท่าไหร่ เดือนอะไร” “คุณพ่อจะบอกได้ไหมว่าขณะนี้เป็นเวลา กalgo กลางวันหรือกลางคืน” เป็นต้น

6.2 การรับรู้สถานที่ ตัวอย่างคำตาม เช่น “บ้านคุณอยู่จังหวัดอะไร อำเภออะไร” “สถานที่ที่คุณอยู่ขณะนี้เรียกว่าอะไร”

6.3 การรับรู้บุคคล ตัวอย่างคำตาม เช่น “คุณชื่ออะไร” หรือ “ญาติที่พากันมา สักชีวะไร” “คุณพ่อจะบอกได้ไหมว่าคนที่แต่งชุดสีขาวสวมหมวกสีขาวทำอาชีพอะไร” พร้อมเชี้ยวเป็นพยาบาลให้ผู้ป่วยเห็น

## 7. ความจำ (Memory)

ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมอง โดยสามารถดึงข้อมูลดังกล่าวออกมากใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

7.1 ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นเวลานาน ๆ หรือความจำเรื่องในอดีต (remote memory) เช่น สมัยเด็ก ๆ คุณชอบบ้างไหม” หรือ “คุณลองเล่าประสบการณ์ตอนคุณอยู่ ในช่วงวัยรุ่นให้ฟังหน่อยได้ไหม” หรือ “ช่วงวัยเด็กคุณสนใจทักษิรในครอบครัวเป็นพิเศษ” เป็นต้น

7.2 ความจำในเรื่องที่เพิงจะเกิดไปไม่นาน หรือความจำในเรื่องปัจจุบัน (recent memory) เช่น “เมื่อคืนคุณนอนหลับสนิทหรือไม่ ผ่านเรื่องอะไรบ้าง” หรือ “เมื่อ 2-3 วัน ก่อนใครมาเยี่ยมคุณ” “เมื่อเช้านี้คุณรับประทานอะไรบ้าง” เป็นต้น

7.3 ความจำในขณะนี้ (immediate memory) เช่น “ให้คุณลองทบทวนเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่เพิงบอกไปซิค่ะ” หรือ “ฉันจะบอกนามสกุลของฉันแล้วคุณ ลงพูดตามนะคะ” ให้จำสิ่งของ 3 อย่างที่เป็นหมวดหมู่ไม่สัมพันธ์กัน เช่น ดอกไม้ รถไฟ ก้าว โดยผู้ตรวจไม่ต้องมีภาพหรือสิ่งของลิ้งนั้นให้ดู เป็นต้น

## 8. ความตั้งใจและสมາธิ (attention and concentration)

เช่น การทดสอบความอุตสาหะเลี้ยงตัวเลข แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม หรือสังเกตจากการลงให้ผู้ป่วยหาดภาพ การให้ความสนใจ และตั้งใจฟังขณะสนทนาก็ เป็นต้น หรือตรวจด้วยการให้ลับเลขเป็นอนุกรม คือ ให้ตั้ง 100-7 ไว้ในใจแล้วให้หักออกทีละ 7 และบอกผลลัพธ์แก่ผู้ตรวจตามลำดับไปเรื่อย ๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเอง ผู้ตรวจไม่ต้องบอกเลขตั้งต้นที่จะลบในครั้งต่อไป ให้ลับประมาณ 5 ลำดับ ถ้าทำไม่ได้เนื่องจากยกเว้นไป จึงค่อยเปลี่ยนเป็นเชิง 20-3 ไปเรื่อย ๆ แทน

## 9. ลติบัญญา (intelligence)

เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โดยทั่ว ๆ ไป สรุปยิ่งคำพังเพย ความสามารถเรื่องการใช้ภาษา การคิด คำนวณ ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การคิดโดยใช้สัญลักษณ์ การคิดเชื่อมโยง การคิดสร้างสรรค์ตามพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วย

## 10. การตัดสินใจ (judgment)

โดยการกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น “ถ้าคุณต้องเลือกไปทะเลทรารายกับข้าวโลก คุณจะเลือกไปที่ไหนเพราะอะไร” “ถ้าคุณเดินไปเจอน้ำ คุณจะเดินต่อไปหรือเดินหนีไปทางอื่น เพราะอะไร” “ถ้าคุณลืมรับประทานยา คุณจะทำอย่างไร” “ถ้าคุณมีธุระสำคัญในวันที่แพทย์นัดตรวจ คุณจะทำอย่างไร” เป็นต้น

## 11. การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight)

ประกอบด้วย ความรู้และความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง

11.1 ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

11.2 คิดว่าตนของอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา

11.3 คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นอะไร และโทษไปที่ผู้อื่นหรือปัจจัยอื่น ๆ

11.4 คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

11.5 ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตใจแต่ไม่ได้แก้ไข และไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

11.6 ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจ พร้อมจะแก้ไข และได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ ตัวอย่าง เช่น

ผู้ล้มภาษณ์: “สุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง พยาบาลพอด้วยเหลืออะไรคุณได้บ้าง” เพื่อ สำรวจการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ อบอุ่นใจ

ผู้ป่วย: “ผมมาเป็นเพื่อนแม่ แม่แกไม่สบาย” แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง

## ตารางที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิต ( Mental Status Examination)

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
1.ลักษณะทั่วไป (general appearance)	- สังเกตรูปร่าง ท่าทาง สีหน้า การแต่งกาย การเคลื่อนไหวอยู่ในเกณฑ์ปกติ เร็วหรือช้า พฤติกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรืออาการที่บ่งลักษณะต่างๆ เช่น มือสั่น หลอกหลิบ มีท่าทีระมัดระวังมาก ฯลฯ
2.การพูด (speech) (เป็นลิงที่สะท้อนกระแลความคิด)	- พูดมากหรือน้อย พูดช้าหรือเร็ว จังหวะเหมาะสมหรือไม่ - ความต่อเนื่องของความคิดมีการขาดหายเป็นท่อนๆ หยุดโดยฉับพลันหรือการพูดไม่ปะติดปะต่อ (loosening of association) อ้อมค้อม ออกรอกรี่อง พูดไม่ตรงประเด็น? หรือมีภาษาพูดเปล่านะ พูดซ้ำๆ พูดติดขัด หรือไม่พูดเลย
3.อารมณ์ (affect and mood)	- สังเกตสีหน้า รวมถึงรูปใบหน้า ศรีษะ ริมฝีปาก ตา หู ท่าทาง เสียงเสียด้วยกัน แสดงถึงความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่อยู่ในปัจจุบัน หรือ ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่เล่า (inappropriate)
4.ความคิด (thought)	- สังเกตว่ากระแลความคิดต่อเนื่องกันดีหรือไม่ พูดเปลี่ยนเรื่องเร็ว (flight of idea) ออกจากกระแลความคิดที่

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
	แสดงออกทางการพูดแล้ว ควรสังเกตเนื้อหาความคิดของผู้ป่วยด้วย เช่น ความคิดลบอัตโนมัติ การย้ำคิด ความกลัว ความคิดอยากรู้ตัวตาย หรืออยากร้ายผู้อื่น หรือความรู้สึกผิด
5. การรับรู้ (perception)	- สามถึงอาการประสาทหลอน (hallucination) เช่น เลี้ยง แหว่งาพหลอน หรือแปลงภาพผิด (illusion) และสังเกตอาการที่แสดงว่าอาจมีประสาทหลอน เช่น พูดคนเดียว หรือเห็นกับกำลังได้ตอบกับสิ่งเร้าบางอย่าง และผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่ออาการดังกล่าว
6. การรับรู้เวลา สถานที่บุคคลและสภาพการณ์ (orientation)	- สามเกี่ยวกับการรับรู้เวลา (time) สถานที่ (place) บุคคล (person) ดังนี้  เวลา : สามว่าขณะนี้เวลาใด หรืออาจสามช่วงของวัน เช่น บ่าย เย็น กลางวัน-กลางคืน สถานที่ : ที่นี่(ที่เข้ามาเรียนรู้) คือที่ไหน บุคคล : บุคคลที่กำลังสัมภาษณ์หรือเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ เป็นใคร ฯลฯ
7. ความจำ (memory)	<p>1. ความจำในอดีต (remote memory) : สามถึงประวัติ ต่างๆ และตรวจสอบว่าตรงตามนั้นหรือไม่ เช่น วันเกิด ที่อยู่ ฉาย การเรียงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ</p> <p>2. ความจำในปัจจุบัน (recent memory) : สามถึงสามถึงเหตุการณ์ในช่วง 24 ชั่วโมง หรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น อาหารมื้อเช้า กิจกรรมที่ทำวันนี้</p> <p>3. ความจำเฉพาะหน้า (retention and recall) :</p> <p>3.1 ให้จำชื่อสิ่งของ 3 สิ่งที่ไม่สัมพันธ์กัน เช่น ดอกไม้ รถไฟ เก้าอี้ ให้ผู้ป่วยทวนตาม หลังจากนั้นอีกประมาณ 3 นาทีย้อนกลับมาถามให้ผู้ป่วยทวนชื่อของ 3 อย่างอีกครั้ง</p>

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
	3.2 ให้ผู้ป่วยทวนเลขภายในหลังที่ผู้ตรวจอ่านให้ฟัง 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยทำผิดให้อ่านเลขจำนวนใหม่ ไม่อ่านซ้ำจำนวนเดิม = digit forward คนปกติจะทำได้ 6-7 หลัก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทวนเลขกลับหลัง = digit backward ซึ่งคนปกติจะทำได้ 3-4 หลัก (การทดสอบส่วนนี้เป็นการตรวจ immediate recall)
8. ความสนใจและสมาร์ต (attention and concentration)	- สังเกตุความสนใจในการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง - ให้ลับเลขเป็นอนุกรม คือ ให้ทำ 100-7 ในใจโดยให้หักออกที่ละ 7 แล้วบอกผลลัพธ์ แก่ผู้ตรวจตามลำดับไปเรื่อย ๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเอง ให้ลับประมาณ 5 ลำดับ ถ้าทำไม่ได้เนื่องจากยกเว้นไป จึงค่อยเปลี่ยนเป็นใช้ 20-3 ไปเรื่อย ๆ แทน
9. เชาว์ปัญญา และความรู้ (intelligence and general knowledge)	- ถามความรู้ทั่วไป เช่น ชื่อบุคคลสำคัญ สถานที่สำคัญ - ให้เปรียบเทียบของสองอย่างว่าต่างกันหรือเหมือนกันอย่างไรเพื่อคุ้ว่าผู้ป่วยสามารถคิดในระดับที่เป็นนามธรรมได้มากน้อยเพียงใดโดยให้เปรียบเทียบหาความแตกต่างกันได้แก่ : กลางวัน กับ กลางคืน, ต้นโพธิ์ กับ ต้นมะเขือ, เต็ก กับ คนแคระ แล้วให้เปรียบเทียบว่าสองอย่างนี้เหมือนกันอย่างไรได้แก่ : สม กับ กล้วย, แมว กับ หนู, รถ กับ เรือ - ให้อธิบายความหมายของคำพังเพยและสุภาษิต ซึ่งเป็นการตรวจว่าผู้ป่วยมีความคิดนามธรรมมากน้อยเพียงใด เช่น กับ น้ำขึ้นให้รีบตัก, หนีเลือบจะระเข้, ซื้างจับตักแทน
10. การตัดสินใจ (judgment)	- ตรวจได้จากการซักประวัติ ดูการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ต่างๆ ของผู้ป่วยว่า หมายความกับสถานการณ์หรือไม่

หัวข้อการตรวจ	วิธีการตรวจ
	หรืออาจใช้วิธีตรวจให้ทดลองตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในสถานการณ์บางอย่าง เช่น เขาจะทำอย่างไรทั้งบุคคลหมายที่จាតน้ำซองและติดผลไม้เรียบร้อยแล้วตกอยู่ตัวเขานั่งอยู่ในโรงพยาบาลและเป็นคนแรกที่ลังเลกหันว่าเริ่มมีไฟไหม้จะทำอย่างไร ฯลฯ
11. การหยั่งรู้ภาวะการเจ็บป่วย หรือการรู้จักตน (insight)	- ผู้ป่วยที่ insight ดี จะยอมรับว่าตนมีปัญหาทางจิตใจ รวมทั้งเข้าใจสาเหตุของปัญหาและสภาพจิตใจของตนเอง อาจใช้คำตามเพื่อประเมิน insight เช่น เพราจะอะไรเขาจึงต้องมาอยู่ที่โรงพยาบาล

### การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินต่าง ๆ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยรุ่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางอารมณ์ การเรียน และความสัมพันธ์ทางสังคม การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความสำคัญ เนื่องจากวัยรุ่นมักไม่แสดงอาการชัดเจนหรืออาจเข้าใจอารมณ์ของตนเองได้ไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ เป็นกระบวนการสำคัญในการระบุผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างทันท่วงที มีเครื่องมือหลายชนิดที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีที่มาทางวิชาการที่แตกต่างกัน การประเมินจึงต้องอาศัยหลายวิธี ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ การสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม การซักประวัติครอบครัวและลิ้งแวดล้อม รวมไปถึงการสังเกตจากครอบครัวและโรงเรียน ในหัวข้อดังไปจนถึงแบบประเมินดังนี้

#### แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q

#### แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

เป็นแบบคัดกรองในการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นโดย สุวรรณ อรุณพงศ์โพศาลและ คงะ (Arunpongpaisal et al., 2019) ใช้ในการคัดกรองเด็กวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใช้คัดแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มไม่ป่วยและ

ลดภาระภาระวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อนำไปป่วยเข้ากระบวนการช่วยเหลืออย่างเร็วสุด แบบประเมินเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการเลือกคำตอบ มีหรือไม่มี

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เหดหู่ เศร้า หรือ ห้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่ได้ หรือไม่		

การแปลผล

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า  
ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการไดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง วัยรุ่นมีความเลี้ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อแบบแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยธรนินทร์ กองสุขและคณะ (2561) ที่ดัดแปลงมา จาก MINI หมวด C Suicidality ใช้สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

### แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี	เป็นบางวัน	เป็นบ่อย	เป็นทุกวัน
	เลย	วัน	บ่อย	วัน
	1-7 วัน	> 7 วัน		
1. เปื่อย ไม่สนใจอยากรำคาญ	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับบุตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เปื่อยอาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองลมเหลวหรือ ครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สามารถทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ พัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดชา ทำอะไรลำบากคนอื่นลังเลเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือน ที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

#### การแปลผล

ถ้ามีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 ถือว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

คะแนนรวมระหว่าง 7-12 แปลว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย

คะแนนรวมระหว่าง 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

และคะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 19 แปลว่า มีอาการโรคซึมเศร้าระดับ

รุนแรง

มีข้อลังเกตว่า ถ้าคะแนนของ 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

## แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

แบบประเมินที่พัฒนาโดย ธรรมนิทธิ กองสุขและคณะ (2561) ที่ดัดแปลงมาจาก  
MINI หมวด C Suicidality

### แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมร้อนนี้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย  (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถควบคุมความอยากร้ายตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้เหมือนกันจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทาร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจไว้จะให้ตายจริง 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 ถือวามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง โดยแบ่งได้ดังนี้

คะแนนรวม 1–8 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย

คะแนนรวม 9–16 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 17 มีแนวโน้มที่จะมีตัวตนในปัจจุบัน ระดับ

รุนแรง

ถ้าคะแนน  $8Q \geq 17$  แสดงถึงพยาบาลมีจิตแพทย์ด่วน

### แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI)

เป็นเครื่องมือพัฒนาโดย Kovacs (1985) โดยปรับปรุงจาก Beck Depression Inventory (BDI) เพื่อใช้กับเด็กและวัยรุ่นลักษณะ: ประกอบด้วย 27 ข้อคำถามใช้ประเมินอาการ พฤติกรรม และอาการทางกายภาพของภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 7-17 ปี แบบประเมินฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และ ศุลติ ลิขันต์พิชิตกุล (2539) ใช้สำหรับประเมินในเด็กและวัยรุ่นต่อนั้น ประกอบด้วย คำถาม 27 ข้อเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมีให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีระดับความรุนแรงของอาการ ตัวเลือกไม่มีการเลยหรือมีน้อยอย่างแหน่ง เท่ากับ 0 มีอาการบ่อยครั้งหรือนานครั้งมีคะแนนเท่ากับ 1 และ มีการลดลงเวลาไม่คะแนนเท่ากับ 2 ผลรวมของคะแนนตั้งแต่ 0-52 ถ้ามีคะแนนมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป ถือว่า มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

### แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

เป็นแบบประเมินพัฒนาโดย Weissman et al. (1980) ดัดแปลงจาก CES-D ซึ่งใช้กับผู้ใหญ่ มี 20 ข้อคำถาม เน้นอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้กับเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-17 ปี (Weissman et al. (1980))

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

ศาสตราจารย์ เพทาย์ หญิง อุมาพร ตรังคสมบัติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้พัฒนา แบบประเมินนี้ใช้เป็นเครื่องมือที่ให้เด็กตอบแบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อย ๆ ตลอดเวลา ทุกข้อให้เลือกเพียงคำตอบเดียว ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 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 ไม่ใช่การวินิจฉัยโรค ผลการประเมินจะมีความถูกต้องเมื่อนองค์ ๆ ตอบตามความเป็นจริง อย่าใช้เวลาในการตอบแต่ละคำถามนานเกินไป พยายามตอบทันทีที่อ่านคำถามและคำตอบบนกระดาษ ผลการประเมินจะสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตัวเอง ในช่วงเวลาที่ทำการประเมิน ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (การทำแบบประเมินช้าควรมีระยะเวลาห่างจากครั้งที่ผ่านมาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป)

คำชี้แจง นักศึกษามีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาระบุ เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของนักศึกษามากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เลย (น้อย	นานๆ ครั้ง	บ่อยๆ (3- 4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
	กว่า 1 วัน)	(1-2 วัน)		
1 ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2 ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3 ฉันไม่สามารถจัดความเครียด ออกจากใจได้แม้จะมีคนค่อยช่วยเหลือก็ตาม				
4 ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอกๆ กับคนอื่น				
5 ฉันไม่มีสมาธิ				
6 ฉันรู้สึกหดหู่				
7 ทุกๆ ลิงที่ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8 ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9 ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งลบเหลว				
10 ฉันรู้สึกขาดกลัว				
11 ฉันนอนไม่เคยหลับ				

ข้อคำถาม	ไม่เลย (น้อย)	นานๆ ครั้ง	บ่อยๆ (3- 4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
	กว่า 1 วัน) (1-2 วัน)			
12 ฉันมีความสุข				
13 ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14 ฉันรู้สึกเหงา				
15 ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16 ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17 ฉันร้องไห้				
18 ฉันรู้สึกเครียด				
19 ผู้ครอบครองไม่ชอบฉัน				
20 ฉันรู้สึกถูกทอดทิ้งในชีวิต				

### การแปลผล

แบบคัดกรองเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ

ไม่เคย (น้อยกว่า 1 วัน) คะแนนเท่ากับ 0

นานๆ ครั้ง (1-2 วัน) คะแนนเท่ากับ 1

บ่อยๆ (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) ซึ่งออกแบบมาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มโรคต่างๆ PHQ-9 ได้รับความนิยมเนื่องจากเป็นแบบสอบถามสั้น กระชับ และมีเกณฑ์ทางอิงตาม

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

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย โดย วิมลวรรณ ปัญญาวงศ์, ชิติตา ภาสวุธธิพศิษฐ์ และรัตนศักดิ์ สันติชาดาภุล (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 และมีแบบทุกวัน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน นอกเหนือนี้ ผู้พัฒนา เครื่องมือ ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงมากตัวตายและทำร้ายตัวเอง โดยไม่ต้องคิดคะแนน

การให้คะแนน ตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

ไม่มีเลย 0 คะแนน;

มีบางวัน 1 คะแนน;

มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน;

มีแบบทุกวัน 3 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวม ระดับภาวะซึมเศร้า

0 – 4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ขณะนี้ยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน

5 – 9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ควรหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือ ปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้ใจ

10 – 14 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและ บำบัดรักษา

15 – 19 มีภาวะซึมเศร้ามาก

20 – 27 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

หมายเหตุ: หากพบความเสี่ยงต่อการติดฆ่าตัวตาย จากข้อ 9 หรือ 2 ข้อคำถามเพิ่ม วัยรุ่นควรได้รับการ ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย แม้ คะแนนรวมจะไม่ถึงเกณฑ์ก็ตาม

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบประเมิน PHQ-A อาจนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ โดยอย่างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ ถ้ามีการให้ 2 คะแนน (มีมากกว่า 7 วัน) 5 ใน 9 ข้อขึ้นไป และหากข้อ 9 (ความคิดอยากร้าย) มีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้นับรวมด้วย โดยหนึ่งในนั้นจะต้องมี ข้อ 1 (อาการเศร้า) 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) ไม่มี เลย	(1) มีบาง วัน)	(2) มี มากกว่า 7 วัน	(3) มี ทุกวัน
	ไม่มี	มีบาง วัน)	มากกว่า 7 วัน	ทุกวัน
1. รู้สึกซึม เศร้า หลุดหลัง หรือลืมหวัง				
2. เปื่อย ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาที่ กำลังต่างๆ				
3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป				
4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ				
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6. รู้สึกแยกตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองลมเหลว หรือทำให้				
ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. จดจ่อ กับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์				
8. พูดหรือทำอะไรซ้ำๆ มากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระลับกระส่ายหรือ กระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ				
9. คิดว่าถ้าตายไปเลียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
รวมคะแนน				

ข้อความ	(0)	(1)	(2) มี	(3) มี
	ไม่มี เลข	มีบาง วัน)	มากกว่า 7 วัน	แทบ ทุกวัน
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากรตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ □ ใช่ □ ไม่ใช่				
ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลองมีอ่าตัวตายหรือไม่ □ ใช่ □ ไม่ใช่				

### สรุปเปรียบเทียบเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือ ปีที่พัฒนา กลุ่มเป้าหมาย จำนวนคำถาม

จุดเด่น

PHQ-9 1999 ผู้ใหญ่และวัยรุ่น 9 สั้น กระชับ ใช้งานง่าย

PHQ-A 2000s วัยรุ่น 12-18 ปี 9 ปรับให้เหมาะสมกับวัยรุ่น

CES-DC 1980 เด็กและวัยรุ่น 20 ปรับจาก CES-D สำหรับเด็ก

CDI 1979 เด็กและวัยรุ่น 27 เน้นความคิดและการมองเห็นเด็ก

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

เครื่องมือประเมินค่าเฉลี่ยก็ให้เหมาะสมกับวัย วัฒนธรรม และระดับการศึกษา เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลและการรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (ม.บ.ป.). คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย.

กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

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

นพพร ดิษฐ์สวัสดิ์. (2565). การใช้เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิต. แบบประเมิน Q2

Plus. เอกสารนำเสนอใน การประชุมวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตระดับสากล  
นครรินทร์. สืบค้นจาก

[https://www.nur.psu.ac.th/conference\\_nur/file\\_doc/29\\_28062295333.pdf](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-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.

# การบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

บทที่

3

## บทนำ

ในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกล้ายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสังคมสมัยใหม่ ความเครียดจากการเรียน การปรับตัวในสังคม การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ รวมถึงปัจจัยทางครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นตัวกระตุ้นที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างง่ายดาย ภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการพัฒนาทักษะชีวิตในอนาคต

การบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากวัยรุ่น เป็นช่วงเวลาที่การพัฒนาในด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจมีความเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือและการสนับสนุนในช่วงเวลาเช่นนี้จะสามารถป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้าลุกalam และส่งผลกระทบในระยะยาว เนื้อหาบทนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอกระบวนการและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่ประสบปัญหาซึมเศร้า โดยจะนำเสนอแนวทางการรักษาที่หลากหลาย ทั้งการบำบัดด้านจิตสังคม การบำบัดรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางเลือก รวมถึงการสร้างความเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าและวิธีการที่สามารถช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพืนฟูและพัฒนาชีวิตให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุภาพจิตดีในอนาคต

## เนื้อหา

### การบำบัดด้านจิตสังคม

การให้คำปรึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)

## ครอบครัวบำบัด

### การรักษาด้วยยา

ยาตามอาการมณฑ์เครา : ชนิดของยา อาการ และผลข้างเคียง

การใช้ยาต้านอาการมณฑ์เคราอย่างสมเหตุสมผล (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) เป็นกระบวนการที่เน้นการเข้าใจและปรับเปลี่ยนปัจจัยทางสังคมและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยการบำบัดประเภทนี้มุ่งเน้นการปรับปรุงความสัมพันธ์ทางสังคม การเสริมสร้างทักษะในการรับมือกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาชีวิตในแบบที่เหมาะสมกับวัยรุ่นในแต่ละช่วงวัย มีดังนี้

## การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา (Counseling) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ใช้ทักษะการฟัง การสนทนากับความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษา (Counselee) ให้สามารถเข้าใจตนเอง รับมือกับปัญหา และตัดสินใจอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่เผชิญ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำตามกระตุนผู้รับคำปรึกษาให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา การให้คำปรึกษามีไม่ใช่การสั่งสอนหรือการแนะนำ ไม่มีวิธีการที่ตายตัว แต่เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นพบทางออกด้วยตนเอง และพัฒนาข่านใจภายใต้การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่อาศัยความเข้าใจในพฤติกรรมมนุษย์ ความเห็นอกเห็นใจ การใช้เทคนิคเชิงจิตวิทยา และจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับคำปรึกษา

กระบวนการให้คำปรึกษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าใช้ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย จนถึงปานกลาง เป็นการช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้าพัฒนาไปสู่ความรุนแรง จนกลายเป็นโรคซึมเศร้า การให้คำปรึกษาจะมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับวัยรุ่นผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถสำรวจและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง ยอมรับ และหาวิธีจัดการหรือแก้ไขปัญหา เพื่อลดความทุกข์ให้บรรเทาลง และสามารถปรับตัวพัฒนาตนเองได้ในทิศทางที่ดีขึ้น ปัจจุบันมีการให้คำปรึกษาหลากหลายแนวคิด เช่น การให้คำปรึกษาตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเพชิญความจริง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสต์ล็ท์ มาใช้ในการให้คำปรึกษา ซึ่งการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ทัชชา สุริโย และคณะ, 2559) การให้คำปรึกษาในปัจจุบัน มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564) โดยเริ่มจากการกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การตกลงบริการ กำหนดระยะเวลาของการให้คำปรึกษา การสร้างบรรยากาศไว้วางใจ จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำตามเพื่อกระตุนการเปิดประทีนปัญหา เลือกแนวทางการแก้ไข

ปัญหาร่วมกัน พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทางที่เลือกด้วยการใช้คัดเลือกของผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้แนวทางการแก้ไขสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง

### การให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นกระบวนการการหนึ่งในแนวทางการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งให้ความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคทางจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และญาติ รวมถึงบุคคลที่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองหรือญาติแบบลึกซึ้ง กระชับ เข้าใจง่าย ใช้เวลาไม่นาน โดยเน้นทำความเข้าใจในสาเหตุ อาการ อาการแสดง ปัจจัยกระตุ้น การดูแลตนเองโดยมีทั้งรูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม รายครอบครัว

ปัจจุบันได้มีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษากับภาวะซึมเศร้าอย่างมากมาย ยกตัวอย่าง งานวิจัยของณิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนิย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยปานกลาง เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.68, p < .05$ ) ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ( $t = 1.96, p > .05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาภายหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.68, p < .05$ )

การให้สุขภาพจิตศึกษายield หลักการสอนสุขภาพจิตแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ที่ไม่ใช่การสอนอย่างเดียว เป็นการสื่อสารสองทางโดยใช้ทักษะการสื่อสารที่สำคัญ ได้แก่ การตั้งคำถาม การฟังอย่างตั้งใจ การให้ข้อมูล การให้ขอเสนอแนะ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การขยายความ การสรุปความ เป็นต้น ประกอบไปด้วย

**ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นประเมิน การประเมินก่อนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากช่วยให้ทราบระดับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และทักษะที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลมีต่อเรื่องที่จะให้ความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากประเด็นนั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ หรือเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีความต้องการจำเป็นเฉพาะด้าน พยาบาลควรดำเนินการประเมินอย่างครอบคลุมในหลายมิติ ทั้งด้านพฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ และความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถวางแผนการสอนที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินในระยะนี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในขั้นตอนต่อไป โดยอาจใช้เทคนิคทางกาย อารที การสนทนากาражังเกต การซักถาม หรือการใช้แบบสอบถาม (สุขมาล ว่องวานิชย์, 2562)**

**ขั้นตอนที่ 2 : ขั้นให้ข้อมูล รายละเอียดจากการประเมินในขั้นตอน ผู้สอนจะสามารถรู้ระดับความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับประเด็นที่จะให้ความรู้ได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้จึงควรเจาะจงและตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยเฉพาะรายหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถนำมาใช้ต่อยอดเพื่อวางแผนการสอนใหม่ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ผู้สอนควรเตรียมแรงงานบางพานการให้กำลังใจ และคำชี้แจงอย่างเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม หากพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้สอนควรดำเนินการแก้ไขโดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม พร้อมทั้งใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ การใช้สื่อประกอบการสอน เช่นภาพประกอบ เอกสารแผนพับ แผนภาพ สื่อวีดีโອในรูปแบบออนไลน์ การผลิตสื่อตัวยรูปแบบ QR Code จะช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนทำความเข้าใจเนื้อหาที่สอนได้ทุกเวลา ทุกโอกาสที่ต้องการ ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น สร้างเสริมการจดจำและการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเรียนรู้ (บรรณ พุ่มพันธ์, 2561)**

**ขั้นตอนที่ 3 : ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การสอนจำเป็นต้องอาศัยทักษะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ**

ทักษะการตั้งค่าความอย่างเหมาะสม และการสรุปประเด็นสำคัญ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินว่าผู้ป่วยหรือญาติสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาที่ได้รับหรือไม่ วิธีการเหล่านี้ช่วยสังเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการให้กับผู้ป่วย ความเข้าใจ และความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยเองได้อย่างถูกต้อง (Bastable, 2019)

### การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)

การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เป็นแนวทางหนึ่งของการบำบัดทางจิตวิทยาซึ่งมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อชีวิตประจำวัน โดยกระบวนการบำบัดจะเกิดขึ้นผ่านการสนทนากายด้วยระบบระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้ให้ การบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถตระหนักรู้และเข้าใจถึงความคิด ความเชื่อ หรือมุมมองที่อาจเบี่ยงเบนจากขอเท็จจริง อันอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เป้าหมายหลักของ Cognitive Behavior Therapy (CBT) คือการช่วยให้บุคคลสามารถจัดระเบียบความคิด ลดความบิดเบือนทางการรับรู้ และปรับพฤติกรรมที่ไม่สร้างสรรค์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างทักษะในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตอย่างยั่งยืน

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกายของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ความบิดเบือนขององค์ประกอบหนึ่งสามารถส่งผลกระทบต่องานค์ประกอบอื่นได้ เช่น ความคิดในเชิงลบอาจนำไปสู่อารมณ์หดหู่ พฤติกรรมหลีกเลี่ยง หรือแม้แต่อาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ดังนั้น การปรับเปลี่ยนในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง เช่น การปรับวิธีคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ยอมสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในด้านอื่น ๆ ได้ เช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ การบำบัดด้วยวิธี Cognitive Behavior Therapy (CBT) จึงได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในวงการสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกก

กังวล ความเครียดเรื้อรัง รวมถึงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่

ปัจจุบันมีหลายแนวทางของจิตบำบัดที่นำมาใช้สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดซึ่งเป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับมากที่สุดรูปแบบหนึ่งคือการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เพราะเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ช่วยปรับมุมมองความคิดอัตโนมัติเชิงลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลให้เป็นมุมมองที่เป็นจริง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ช่วยให้การทำหน้าที่และการปรับตัวทางสังคมดีขึ้นและเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่ามีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ (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 หากบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน หรือแทนที่ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลด้วยมุมมองที่มีความสมจริงและเป็นกลางมากยิ่งขึ้น ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทิศทางที่ดี และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่สร้างสรรค์และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ถือเป็นกลไกสำคัญของการบำบัดแบบ CBT

นอกจากนี้ ภาวะปัญหาทางจิตใจจำนวนมาก เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือความเครียดเรื้อรัง มากมีรากฐานบางส่วนมาจากการวิธีคิดที่ไม่เหมาะสม เช่น การตีความในแง่ลบเกินจริง หรือการมีรูปแบบความคิดซ้ำซากที่ส่งผลต่อความรู้สึกด้อยค่า และการตอบสนองต่อสถานการณ์ในลักษณะหลีกเลี่ยง หากบุคคลได้รับการเรียนรู้วิธีคิดและวิธีจัดการกับสถานการณ์อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการบำบัด ก็จะสามารถลดความรุนแรงของอาการ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดด้วยวิธี CBT

การบำบัดแบบ CBT มีการนำเทคนิคที่หลากหลายมาใช้ โดยจะพิจารณาเลือกใช้ตามลักษณะของปัญหา และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งนักบำบัดจะทำหน้าที่ประเมินความต้องการเฉพาะราย และปรับใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ตัวอย่าง เทคนิคที่มักนำมาใช้ได้แก่:

- การระบุและทบทายความคิดอัตโนมัติ (Identifying and Challenging Automatic Thoughts): ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรถึงความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว และตั้งคำถามต่อความถูกต้องของความคิดนั้น
- การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring): สร้างสมการคิดใหม่ใหม่ที่เป็นกลางหรือสร้างสรรค์มากขึ้น
- การฝึกพฤติกรรม (Behavioral Activation): ใช้กับผู้ที่มีพฤติกรรมถอนตัวจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยกระตุนให้กลับไปทำกิจกรรมที่เคยให้ความสุข
- การฝึกทักษะการ解决问题 (Problem-Solving Training): สอนเทคนิคการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบ และการวางแผนการจัดการที่เหมาะสม
- การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation Training): เช่น เทคนิคการหายใจลึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงเครียดทางกาย

## ครอบครัวบำบัด

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในஎங்கும் வரும் முறை บุคคลดำเนินชีวิตในแต่ละวันอยู่ในครอบครัวตั้งแต่เกิดยันตาย แต่บุคคลมักไม่รู้จักหรือเข้าใจในครอบครัวตีพ้อ บุคคลอาจมีชีวิตในครอบครัวอย่างเป็นสุข สามารถเข้าใจในครอบครัวต่างมีความรักความเข้าใจแก่กันและกัน หรือ บุคคลอาจมีชีวิตในครอบครัวอย่างระتمทุกข์มีแต่ปมขัดแย้งในครอบครัว อะไรคือสาเหตุของความแตกต่างดังกล่าว ภัยใต้ความลับพันธ์ในครอบครัวมีกลไกอะไรบางอย่างที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือไม่ หรือเป็นแค่เพียงความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลเท่านั้น จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการมองปัญหาครอบครัวเป็นสิ่งของบุคคลผ่านตัวบุคคลไปยังเป็นของหลังของบุคคล ในปัจจุบันจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นองค์ประกอบหลัก

องค์ประกอบหนึ่งของงานสุขภาพจิต (ตนสาย แก้วสว่าง และพงศกร รุ่งวิทยานุวัฒน์, 2563)

การบำบัดครอบครัว (Family Therapy) เป็นกระบวนการการบำบัดทางจิตวิทยาในลักษณะของการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเสริมสร้างและปรับปรุงความสัมพันธ์ภายในระบบครอบครัว รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและภาระสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว การบำบัดครอบครัวมีด้วยเน้นเฉพาะปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่ให้ความสำคัญกับพลวัตของความสัมพันธ์และบริบททางครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของแต่ละบุคคลในครอบครัวครอบครัวบำบัดไม่ได้จำกัดเพียงความสัมพันธ์ทางสายเลือด แต่รวมถึงกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันหรือมีบทบาททางอารมณ์ต่อกัน เช่น พ่อแม่และบุตร พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอ่า ผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิด รวมไปถึงคู่สมรส หรือผู้ที่ใช้ชีวิตร่วมกันในลักษณะครอบครัว โดยการบำบัดจะจัดให้สมาชิกที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการเพื่อพูดคุยสำรวจปัญหา และร่วมกันหาทางแก้ไข การบำบัดครอบครัวมีความหมายมากอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ครอบครัวกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหรือความขัดแย้งที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์หรือสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เช่น

- การปรับตัวต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต อาทิ การย้ายถิ่นฐาน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการเจ็บป่วยทางกาย

- การเปลี่ยนผ่านตามช่วงวัย โดยเฉพาะความท้าทายที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ
- การเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและการจัดการกับความโศกเศร้า
- ความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น ความตึงเครียดระหว่างพ่อแม่กับบุตร หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพนักงาน ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ การบำบัดครอบครัวยังได้รับการประยุกต์ใช้ในบริบทของการรักษาปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะบุคคล โดยอาศัยความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการบูรณาการพื้นฟู ยกตัวอย่างเช่น การบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมักจะเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากครอบครัวทั้งในด้านการดูแล กำกับ และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกในการพื้นฟู ผู้ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดครอบครัวต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการ

ทำงานกับระบบครอบครัว โดยทั่วไปักเป็นนักจิตวิทยา นักบำบัด โดยนักบำบัดมีบทบาทในการให้คำปรึกษา ส่งเสริมความเข้าใจระหว่างสมาชิกครอบครัว ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม

รูปแบบของการบำบัดครอบครัวมีความหลากหลายทั้งในด้านระยะเวลา เทคนิคที่ใช้ และวัตถุประสงค์ของการบำบัด ซึ่งอาจมีทั้งการบำบัดระยะสั้นเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการบำบัดระยะยาวที่เน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบครอบครัว ทั้งนี้ การเลือกแนวทางที่เหมาะสมจะขึ้นอยู่กับการประเมินปัญหาเฉพาะกรณี และเป้าหมายร่วมกันของทั้งผู้บำบัดและครอบครัว

## การรักษาด้วยยา

### ยาต้านอารมณ์เศร้า : ชนิดของยา อาการ และผลข้างเคียง

การบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า (antidepressants drug) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้ามาจากการหลâyทุกภูมิ แต่ทฤษฎีที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา คือ ทฤษฎีชีวภาพ (Biological theory) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่ม Monoamines (ซึ่งประกอบด้วย serotonin, norepinephrine และ dopamine) ยาต้านอารมณ์เศร้าจะไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาท และหากต้องการให้มีประสิทธิภาพในการรักษาควรใช้การบำบัดรักษาแบบผสมผสานหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งเป้าหมายของทุกรูปแบบการรักษาที่หลักหลาຍกเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น (นิตยา ตาگวิริยะนันท์, 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 สุคนธิชัย, 2558; นิตยา ตาگวิริยะนันท์, 2562) โดยยาต้าน

การมณฑ์เคราแต่ละกลุ่ม มีข้อดีและอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน ซึ่งการเลือกใช้ยากลุ่มนี้ จะขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์ตามอาการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย

ยาต้านการมณ์เครากลุ่มเก่า หรือ (First-Generation Antidepressants) กลุ่มนี้ชื่อ  
ยาที่ใช้กันบ่อย ได้แก่ amitriptyline และ nortriptyline แต่เนื่องจากยากลุ่มนี้มีอาการ  
ข้างเคียงรุนแรงเมื่อใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้กัน แพทย์ทั่วไปอาจมี  
การสั่งใช้ยา 2 ตัวนี้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเรื้อรังหรือเพื่อบรรดกันปวดศีรษะไม่  
เกรน ซึ่งอาการข้างเคียงของยา คือ ง่วงซึม อ่อนเพลีย จะช่วยเรื่องการนอนหลับได้ดี  
ในช่วงแรกของการรักษาห้ามขับรถ และควรหลีกเลี่ยงการทำงานกับเครื่องจักร  
เนื่องจากการง่วงซึมอาจทำให้การตัดสินใจเชื่องชาลง หากสังเกตว่ากินยาแล้วง่วงมาก  
ควรแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา อาการปากคอดแห้ง เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย  
แก้โดยให้กินน้ำบ่อยๆ อาการตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด จะค่อยๆ ดีขึ้นเอง ท่องผูก เวียน  
ศีรษะ หน้ามืด ความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิฐiyabath หากเป็นบ่อยครั้งควรแจ้งแพทย์เพื่อ  
พิจารณาปรับยา (มาโนช หล่อตรากุล, 2566) ยาต้านเครากลุ่มเก่า ได้แก่

1. ยาต้านการมั่นเครpraakลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) ยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างของโมเลกุลที่มีลักษณะเป็นวงแหวนสามวง (tricyclic ring) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับ (Reuptake inhibitor) ของสารสื่อประสาททั้งซีโรโนนิน (serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT)) และนอร์อีพินเฟอเรน (norepinephrine) ทำให้สารสื่อประสาทเหล่านี้ยังคงอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) ได้นานขึ้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในกรณีที่ยาในกลุ่มใหม่รักษาไม่ได้ผล รวมถึงรักษาโรควิตกกังวล โรคยัคคิดยั้หำ นอนไม่หลับ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline, Nortriptyline, clomipramine, Doxepin, Imipramine อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หรือความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิฐiyabath (orthostatic hypotension)

2. ยาต้านการมรณ์เคร້າກລຸ່ມ monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) ເປັນຍາທີ່ອອກຖ້ວຍບໍ່ຢັ້ງກາರທຳການຂອງໂມໂນເອມືນອອກຊີເດສ (monoamine oxidase) ຊຶ່ງມີບຫບາກໃນກາຮ່ອຍສລາຍສາຮສື່ອປະສາກ ສີໂຣໂທິນ (serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT)) ນອຣີອີພິນີເພອເວິນ (norepinephrine) ແລະ ໂດປາມືນ ຍາກລຸ່ມນີ້ຈະທຳໄຫ້ສາຮສື່ອປະສາກຕ່າງໆ

ถูกทำลายลดลง ส่งผลให้คงอยู่ในช่องระหว่างหัวใจและประสาท (Synapse) โดยมากซึ่งชั่งยกกลุ่มนี้ใช้รักษาภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในกรณีที่ยาในกลุ่มนี้ไม่ได้ผล โรควิตกกังวล และโรคพาร์กินสัน ยกกลุ่มนี้ได้แก่ phenelzine, tranylcypromine, selegiline อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิฐยาบath (orthostatic hypotension) คอบแห้ง ห้องผูก อาการกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ (agitation)

ยาต้านการมรณ์เคร้ากลุ่มใหม่ หรือ (Second-Generation Antidepressants) กลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงน้อยกวายากลุ่มเก่า โดยเฉพาะอาการปากคอแห้ง ห้องผูก หน้ามืด เวียนศีรษะ เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปรับสารสื่อประสาทเช่นโรโนนิน อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ กระวนกระวาย หงุดหงิดง่ายขึ้น กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ให้ปรึกษาแพทย์หากพิจารณาให้ยาคลายกังวลร่วมด้วย หรือลดปริมาณยา หรือเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดอื่น ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ไม่ทำให้หงวนนอน แพทย์จึงมักนิยมให้รับประทานยาช่วงเช้า บางคนมีอาการคลื่นไส้ จุกแน่นห้อง มักจะเป็นช่วงสั้นๆ หลังกินยา ถ้ามีอาการเหลืองเปลี่ยนมา กินยาตอนห้องว่าง ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์ (มานะช หล่อตระกูล, 2566) ยาต้านเคร้ากกลุ่มใหม่ ได้แก่

3. ยาต้านการมรณ์เคร้ากกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) จากผลการศึกษาวิจัยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น พบว่า การใช้ยากลุ่ม SSRI มีประสิทธิภาพที่ดีและแนะนำให้ใช้ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น (Allan Young, Marsal Sanches, Jair C. Soares, 2024) ยกกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขับยั่งการดูดกลับสารสื่อประสาทเช่นโรโนนิน (Serotonin reuptake inhibition) กลุ่มประสาท presynaptic neurons ทำให้คงอยู่ในช่องระหว่างหัวใจและประสาท (Synapse) เพิ่มมากขึ้น และนอกจากรายละเอียดที่จับกับ histaminic, cholinergic และadrenergic ทำให้ลดอาการข้างเคียงของยาได้หลายอย่าง ยกกลุ่มนี้จึงนิยมใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือโรคซึมเศร้าเป็นอันดับแรก แต่ประสิทธิภาพในการรักษาอาจได้ผลดีไม่เท่ากับยากลุ่มเด็กสำหรับรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย (มานะช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคณิชย์, 2555; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2562) ยกกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Sertraline, Escitalopram, Citalopram, Paroxetine อาการข้างเคียง ปวดศีรษะ สับสนกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศแข็งตัวช้าหรือไม่แข็งตัว หลังชาหรือไม่หลัง หากมีผลกระทบ

ต่อชีวิตประจำวัน หรือการดำเนินชีวิตคุ้ม ให้รีบแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาต่อไป (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

4. ยาต้านอาการมณฑรากลุ่ม Newer Antidepressants (NAs) ยานกลุ่มนี้ได้พัฒนาในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีการปรับปรุงให้ยามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและผลข้างเคียงน้อยลง ตัวอย่างเช่น gepirone (Exxua), esketamine (Spravato), brexanolone (Zulresso), zuranolone (Zurzuva) และ dextromethorphan–bupropion (Auvelity) ยาเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากการทดลองทางคลินิกที่เข้มงวดและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ถือเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญในการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยให้ทางเลือกอื่นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเรื้อรัง จำแนกยาตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ดังนี้ (Alex Salman & Ian Mojica, 2024; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2562; ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564; กฤษฎา ภูษะนันท์ และสุรศักดิ์ วิชัยโย, 2567)

4.1 ยากลุ่ม Norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors (NRIs) ยานกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขับยังการดูดกลับสารเคมีเฉพาะเจาะจงต่อสารสื่อประสาท Norepinephrine (NE) และ Dopamine (DA) เชลล์ประสาท presynaptic neurons ทำให้คงอยู่ในช่องระหว่างระหว่างเชลล์ประสาท (Synapse) เพิ่มมากขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ bupropion อาการข้างเคียง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ น้ำหนักลดลงผิดปกติ ปากแห้ง คลื่นไส้อาเจียน มือสั่น มองเห็นภาพไม่ชัด หัวใจเต้นเร็ว คอหอยอักเสบ ซัก

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

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 ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Mirtazapine อาการชักดิ้งที่สำคัญ คือ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม คลายเรสเทอรอլในเลือดสูง ไขกระดูกเสื่อม แต่ยากลุ่มนี้จะช่วยลดอาการชักดิ้งของระบบทางเดินอาหาร

4.4 ยากลุ่ม Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARIs) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับซีโรโนfinหลังการใช้แอนพ์ (serotonin (5-hydroxytryptamine (5-HT) postsynaptic receptors) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ nefazodone, trazodone อาการชักดิ้งได้แก่ ง่วงซึม ปวดศีรษะ ปากแห้ง ความดันโลหิตลดลงเฉียบพลันขณะเปลี่ยนท่าทาง องคชาตแข็งค้าง หัวใจเต้นผิดจังหวะ

สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย จิตแพทย์จะพิจารณาให้การดูแลแบบประคับประคองและให้ความรู้ด้านจิตใจหรือจิตบำบัดเป็นแนวทางการรักษาเบื้องต้น ส่วนการใช้ยาต้านอารมณ์เครื่าสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรืออารมณ์เครื่าไม่ดีขึ้นจากการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด โดยจิตแพทย์จะเลือกใช้กลุ่มยาต้านอารมณ์เครื่าตามลักษณะอาการและการแสดง การตอบสนองต่อยา และผลข้างเคียง จะเริ่มตีขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษา แต่บางรายอาจใช้เวลานานหลายเดือน ในระยะเริ่มต้นควรตรวจติดตามอาการอย่างน้อยทุก ๆ 2 สัปดาห์ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และคณะ, 2561; Phillip Hazell, 2022)

### การใช้ยาต้านอารมณ์เครื่าอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

องค์กรอนามัยโลก (1985) ได้ให้คำจำกัดความของการใช้อย่างสมเหตุผลไว้ว่า “ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมกับโรค ขนาดยาและระยะเวลาที่เหมาะสม ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อผู้ป่วยและสังคม” ซึ่งการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ประเทศและสังคมโลกที่รุนแรงมากขึ้น จากการรายงานขององค์กรอนามัยโลกพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ดังนี้

(คู่มือการจัดการเรียนการสอน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2562)

ขั้นตอนในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (จริยา วิทยะศุภาร และจุฬารักษ์ กรีวิวิธ ชัย, 2558)

1. ข้อบ่งชี้ (Indication) ใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ เช่น การใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยในการเลือกยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ประสิทธิผล (Efficacy) ยานั้นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดูกลไกการออกฤทธิ์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนเพียงพอ เช่น การใช้ยาในผู้ป่วยซึมเศร้าช่วยลดอาการซึมเศร้า หรือสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ผลข้างเคียงน้อย ซึ่งเป็นประสิทธิผลในการรักษาที่ดีที่สุด

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

4. ค่าใช้จ่าย (Cost) ใช้ยาอย่างพอเพียงและคุ้มค่า เช่น การลดขนาดยาหรือการหยุดยาในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยไม่กระทบต่อผลการรักษา

5. องค์ประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็น (Other considerations) รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง รับผิดชอบและใช้ยาอย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐานทางวิชาการ เช่น ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

6. ขนาดยา (Dose) ใช้ยาถูกขนาด เช่น การรักษาในเริ่มต้นด้วยขนาดเดียว อย่างค่อยเป็นค่อยไป ช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับยาได้ โดยไม่เสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงรุนแรง ไม่ปรับยาเอง เป็นต้น

7. วิธีให้ยา (Method of administration) คือ การเลือกวิธีการให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ทั้งการบริหารยาฉีดหรือยาภายนอก ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยานี้ดีเข้า

กล้ามเนื้อ หลีกเลี่ยงการใช้ยาฉีดโดยไม่จำเป็น ยารับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานตอนท้องว่าง เป็นต้น

8. ความถี่ในการให้ยา เช่น ยาคราวใช้วันละ 2-3 ครั้ง ไม่ควรใช้เกินแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

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

10. การยอมรับของผู้ป่วยและความสอดคลายในการใช้ยา (Patient compliance) ใช้ยาโดยคำนึงถึงความสอดคลายและการยอมรับของผู้ป่วย เช่น อธิบายหรือให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจ การตรวจสอบความเข้าใจและติดตามผลการใช้ยาทุกครั้ง เป็นต้น

สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลบุคคลที่ได้รับยาทางจิตเวชสามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ (Provide information)

1. ตรวจสอบความเข้าใจและความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการจัดการ เฝ้าระวังติดตามและการตรวจตามนัดเมื่อได้รับยาทางจิตเวช

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ชัดเจน เข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้รับยาทางจิตเวช

3. แนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ในเรื่องยาทางจิตเวช

4. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ในการจัดการในกรณีที่มีอาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับยาจิตเวชในช่วงเวลาที่กำหนด

5. สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้ดูแลให้มีส่วนรับผิดชอบในการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการที่ต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยการเลือกยาให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย การพิจารณาขนาดยา วิธีการให้ยา ตลอดจนการติดตามผลการรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลจึงเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นทั้งการบรรเทาอาการและการป้องกันผลข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

## การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า ภาษาอังกฤษเรียกว่า Electroconvulsive Therapy หรือ เรียกสั้นๆว่า ECT เป็นวิธีการหนึ่งที่ยังใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน โดยวิธีการดังกล่าว จะกระตุนให้เกิดภาวะซักด้วยกระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัด ผ่านเข้าสู่สมองในระยะเวลา จำกัด เพื่อช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง มีผลทำให้สภาวะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 ชนิด คือ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ (Unmodified) หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ได้ใช้ยาน้ำ soluble และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ (Modified) หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาน้ำ soluble

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าสำหรับวัยรุ่น (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2564)

1. มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า
2. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงหรือมีอันตรายจากการพยายามฆ่าตัวตาย
3. ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดรักษาด้วยยาตามอาการมณฑ์เครา
4. ทนต่อผลข้างเคียงของยาตามอาการมณฑ์เคราไม่ได้
5. มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวานระแวง (paranoid) หลงผิด (delusion) ประสาหหลอน (Hallucination) เป็นต้น (Gledhill & Hodes, 2015)

การพยาบาลผู้ป่วยในการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (จากรุวรรณ กานศรี, สว่างจิตต์ วสุวัต, ชุติมา มาลัย, ศศิวิมล บุรณะเรช, 2566)

### 1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

1.1 เตรียมทางด้านตรวจร่างกาย โดยการซักประวัติเพื่อหาข้อมูล

เกี่ยวกับโรคที่เป็นทั้งในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัวเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.2 การเตรียมทางด้านร่างกาย โดยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนทำการรักษา ตามพื้นปลอมต้องถอดออก เพื่อป้องกันพื้นปลอมหักหรือหลุดร่วงลงไปในคอ หรืออุดกลั้นทางเดินหายใจ นำของมีค่า แวนดา เชือมขัด และโลหะอื่น ๆ ออกจากตัวผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ผู้ป่วยหญิงห้าม

แต่งหน้า ทาเล็บ เพื่อจะได้สังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยบันสภาวะให้เรียบร้อย ก่อนทำการรักษา

2.3 การเตรียมทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องรับการรักษาด้วยไฟฟ้า จะเกิดความวิตกกังวล โดยกลัวว่าตนเองจะความจำเสื่อม กลัวไม่เป็น ดังนั้น พยาบาลควรขอรับทราบให้ผู้ป่วยทราบ ดังนี้

- อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายการรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยและญาติ โรคที่ควรระวังขณะรับการรักษาด้วยไฟฟ้า
- อธิบายขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ระหว่างทำจะมีแพทย์และพยาบาลอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะทำผู้ป่วยรู้สึกตัว จะเจ็บปวดเล็กน้อย
- จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา ประโยชน์ของ การรักษาพยาบาล เมื่อเกิดผลข้างเคียง เช่น อาการรุนแรงและลืมจะเป็นอย่างไร ความจำ จะค่อยๆ กลับมาเป็นปกติ ภายใน 2-4 สัปดาห์ ให้โอกาสผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกกังวลและอยู่กับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความกลัวของผู้ป่วย
- นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล วิสัญญีและทีมสหวิชาชีพ ให้ครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า
- บันทึกรายงานและสัง拓ข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ ภาวะเสี่ยงที่พบ

1.4 การเตรียมเอกสารและแจ้งญาติผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทราบและเขียนใบอนุญาตให้การรักษาด้วยไฟฟ้าให้เรียบร้อย

## 2. การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.1 จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนราบ ใช้หมอนทรายรองต้นคอ

2.2 ติด Electrode บริเวณขมับ 2 ข้าง ท่าเจลบันแพนอิเลคโทเดและวางบริเวณขมับทั้งสองข้าง (bilateral ECT)

2.3 ให้ผู้ป่วยใส่ยางกันกัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจสะดวกในขณะชัก ควรประคองคางของผู้ป่วยให้คงที่ ระวังไม่ให้ขากรรไกรเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันหรือลดแรงกัดในขณะชัก เพราะอาจทำให้ฟันหักและสิ้นฟันขาดได้

2.4 ประคองบุรีเวณ ตนคอ คาง ข้อตอ ต่างๆ โดยให้ช่วย 2 คนประคองบุรีเวณให้และขอเมื่อของผู้ป่วยข้างละ 1 คนและผู้ช่วยอีก 2 คน จับประคองบุรีเวณสะโพกและหัวเข่าข้างละคน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ เมื่อกราฟไฟฟ้าผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วยจะทำให้มีการชัก

2.5 เมื่อกราฟไฟฟ้าเข้าไปจะเกิดการชักแบบ grand mal ผู้จับควรประคองแขนขาไม่ให้กระดุกหรือสะบัดรุนแรง เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องกระดูกหักโดยในแต่ละระยะของการชัก พยาบาลจะต้องสังเกตและบันทึกชนิด และเวลาใน การเคลื่อนไหวที่เกิดจากการชัก ระยะของ การชักและความรุนแรงแบ่งได้ 5 ระยะ ดังนี้

- ระยะ昏迷 (unconscious phase) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวนาน 1-2 วินาที
- ระยะเกร็ง (Tonic phase) ระยะนี้กินเวลา ประมาณ 10-15 วินาที กล้ามเนื้อจะเกร็ง จะสังเกตเห็นการเกร็งของฝ่าเท้าโดยฝ่าเท้าจะกัดลง และมีนิ้วเท้าออก พันขบวน และอาจจะหยุดหายใจ
- ระยะกระดุก (Clonic phase) ระยะนี้จะกินเวลา 15-35 วินาที จะเริ่มกระดูกที่หัวตา หนังตา ก่อนแล้วกระดูกทั่วตัว นิ้วมือนิ้วเท้าเป็นจังหวะ ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อคลายตัวสับกับหดรัดตัว
- ระยะโคม่า (Coma) คนไข้จะเริ่มหายใจแต่ไม่รู้สึกตัว
- ระยะหลับ (Sleep) บางรายอาจหลับไปประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยถ้าหยุดหายใจนานเกิน 40 วินาที ทีมงานจะต้องให้เครื่องช่วยหายใจ
- ระยะสับสน (Confuse phase) ใช้เวลาประมาณ 15 วินาทีหลังจากผู้ป่วยตื่นจะมีอาการรุนแรงสับสน กระสับกระส่าย

2.6 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า อุปกรณ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ลงในแบบฟอร์มบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

### 3. การพยาบาลหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1 จัดท่าให้นอนตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ อุ้ม

เป็นเพื่อนผู้ป่วย ดูแลอย่างใกล้ชิด จนกว่าจะรู้สึกตัวดี ระหว่างการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลควรให้ผู้ป่วยนอนพักประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมตนเองได้ และไม่มีอาการเรียบเครียดหรือมึนงง จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยลุกทำ ชี้ระลวนตัวและรับประทานอาหารได้

3.2 ติดตามวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจของผู้ป่วย

3.3 ใช้พาหนะบุนนาเช็คตามใบหน้า ต้นคอ บริเวณใบหู เพื่อผู้ป่วยจะได้รู้สึกสดชื่น

3.4 ในรายที่ผู้ป่วยวุ่นวายมาก อาจต้องผูกมัดโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเห็นความจำเป็นและยอมรับในการผูกมือดี

3.4.2 การผูกมือด้วยกับเตียงจำเป็นต้องยกไม้ก้านเตียงขึ้นหากครั้ง

3.4.3 ประเมินสภาพผิวนังของผู้ป่วยก่อนที่จะทำการผูกมือด้วยมือ ข้อมือ ข้อเท้า บริเวณ ข้อมือ ข้อเท้า

3.4.4 ผูกมัดในส่วนที่จำเป็นเท่านั้น เช่น ข้อมือ ข้อเท้า โดยไม่รัดแน่นจนเกินไป

3.5 พยาบาลควรให้กำลังใจโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการช้าๆ เนื่องจากภาวะที่เกิดขึ้นว่าจะค่อยๆ หายไป และความจำจะกลับมาเหมือนเดิม อาการปวดศีรษะจะหายไป นอกเหนือไป พยาบาลควรช่วยทบทวนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความกลัว และวิตกกังวลที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy – ECT) ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้นเมื่อทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย นอกเหนือไปจากการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ขณะ และหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งในบางรายอาจมีผลช้าๆ เนื่องจากความสามารถหลักเลี้ยงได้ เช่น อาการสับสน สูญเสียความจำระยะสั้น การจัดการกับผลช้าๆ เนื่องจากเป็นบทบาทพยาบาลและทีมแพทย์ ต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นการ

พัฒนาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจีบเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและทันสมัย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และปลอดภัย

## การบำบัดทางเลือก

### ดนตรีบำบัด

การบำบัดด้วยดนตรี หรือ ดนตรีบำบัด (Music Therapy): หมายถึงการใช้ดนตรีในการรักษาทางคลินิกตามหลักขั้นตอนของการช่วยผู้ป่วย โดยนักดนตรีบำบัดมืออาชีพ ใช้ดนตรีอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะเป็นสื่อในการบำบัดช่วยพักร่างกาย พื้นฟูและพัฒนาผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้สังคม ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะปรับปรุงอารมณ์ ลดความเครียด และส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (สร้างลี สุนทรรัตน์ 2560)

ดนตรีถูกนำมาใช้บำบัดรักษาระบบที่มีผลกระทบทางวิชาการที่ยืนยันว่า ดนตรีสามารถเยียวยา ช่วยลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวลได้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยดนตรีจะกระตุ้นการทำงานสมอง ส่งเสริมพัฒนาการ เสริมสร้างทักษะทางสังคม สื่อสาร พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ช่วยปรับสภาพอารมณ์และจิตใจให้อ่อนโยนในภาวะสมดุล ลดความซึมเศร้า มีมุมมองเชิงบวกเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มการควบคุมทางอารมณ์และลดความวิตกกังวลทำให้สุขภาพจิตโดยรวมดีขึ้น (Maulana & Hesti, 2023) หลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่นมีการใช้ดนตรีบำบัดควบคู่กับการหายใจ การเรียนรู้จังหวะการเคลื่อนไหวมือ ช่วยในผู้ที่มีความผิดปกติทางร่ายและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และหลงลืม ส่วนในจีนใช้ดนตรีควบคุมจังหวะการเคลื่อนไหวผสมผสานการเคลื่อนไหวบริหารกายตามหลักหนึ่งหนึ่งควบคู่กับการฟังดนตรีและการใช้สมาธิ

ดนตรีบำบัดสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเป็นเพลงบรรเลงที่มีเสียงธรรมชาติต่างๆ ไม่ควรมีเนื้อร้อง เช่น เสียงน้ำไหล เสียงนกร้อง เสียงลม เสียงทะเล จังหวะชาสมำเสมอ ระดับเสียงต่ำและปานกลาง เสียงของธรรมชาติจะให้พลังคอลีนเสียงที่ใกล้เคียงคอลีนแอลфа (Alpha) ของสมองมนุษย์ มีประสิทธิภาพในการช่วยผ่อนคลาย

ลดความเครียด ดนตรีบำบัดเปรียบเหมือนประสบการณ์การได้รับรางวัลอย่างทันทีทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกพึงพอใจกระตุ้นการหลั่งสารเอนдорฟิน(Endorphins) ช่วยลดการกระตุ้นประสาಥ้อตโนมัติซึมพาเทติก(Sympathetic) ทำให้การหลั่งสารอีโนเฟริน(Epinephrine) และสารนอร์อีโนเฟริน(Norepinephrine) ลดลง ดนตรีบำบัดจึงช่วยลดความวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้าได้

ดนตรีบำบัดต้องได้รับร่วมกับการรักษาตามปกติ ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าได้ (Aalbers et al 2017) นอกจากนี้ยังสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยเมื่อมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในกลุ่มนี้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์และการทำงานที่ลดลง

### ศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัด เป็นวิธีการบำบัดทางเลือก ที่เข้ามาเสริมในการรักษาผู้ป่วย มีประวัติยาวนาน ตั้งแต่ยุคของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ปี 2403 มีการเชียนในบันทึกว่า dokไม่ลืมสั่นสะใจ และศิลปกรรมอั่งคงจะช่วยเพิ่มฟูคนไข้ให้หายเร็วขึ้น ได้รับความสนใจจากจิตแพทย์ ในปี 2460 เป็นต้นมา มีการประยุกต์ร่วมกับการรักษาตั้งเดิม ชี้งยุคนั้นพบว่า การแสดงออกทางศิลปะของเด็ก มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางอารมณ์ การรับรู้ ทำให้มีการศึกษาต่อเนื่อง ในปี 2468 Nolan D.C Lewis จิตแพทย์ริเริ่มแนวคิดศิลปะบำบัดด้วยการใช้ภาพวาด สื่อสารอารมณ์ความรู้สึกแทนคำพูด ต่อจากนั้น คำว่า Art therapy ถูกบัญญัติโดย dr Margaret Naumburg นำศิลปะประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ และทำจิตบำบัด นำจิตวิเคราะห์แบบดั้งเดิมมาเป็นพื้นฐานการแสดงออกทางศิลปะ ต่อมา ศิลปิน Edith Kramer เป็นผู้เสนอแนวคิด Art as therapy โดยกล่าวถึงว่า ศิลปะเป็นการบำบัด ไม่ใช่เครื่องมือนำไปในการทำจิตบำบัด ทำให้การรักษามีแนวคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งกับผู้ที่นำไปใช้ว่าเป็นศิลปินหรือจิตแพทย์ ปัจจุบัน แนวคิดของศิลปะบำบัดได้รับการพัฒนาอย่างมาก นักศึกษาในประเทศไทย ได้รับการอบรมและศึกษาเรื่องศิลปะบำบัด ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ศิลปะบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียด บรรเทาอาการ抑鬱 และ改善คุณภาพชีวิต

การนำศิลปะบำบัด มาใช้ในกลุ่มเด็กผู้ที่มีความต้องการพิเศษ กลุ่มผู้บกพร่องทางสติปัญญา พัฒนาการ ออทิสติก และกลุ่มเด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์

พฤติกรรม เนื่องจากสามารถช่วยเสริมสร้างพัฒนาการอารมณ์สติปัญญาสมารถ ความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงการช่วยพัฒนาqlam เนื่อมัดเล็ก บรรเทาปัญหาทางด้าน อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรม ได้เป็นอย่างดี และการประสานงานการเคลื่อนไหวของ ร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการลื้อสาร และเสริมสร้างทักษะ สังคมอีกด้วย

ศิลปบำบัด (art therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการแพทย์เสริมและทาง เลือก (complementary and alternative medicine) ที่เน้นการดูแล สุขภาพแบบองค์รวม นำมา เสริมในการดูแลรักษาแนวทางหลักให้มี ประสิทธิภาพดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการ ประสานงานกันเป็นทีม ระหว่างนักศิลปะบำบัดกับแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ใช่รูปแบบ การ บำบัดรักษาที่สามารถแยกเป็นอิสระได้ ต้องทำไปควบคู่กัน นับว่าเป็นการ บำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่ง ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะ ช่วยค้นหาความ บกพร่อง สิงผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ ด้วยการใช้ความรู้เกี่ยวกับ การประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประชุมเข้าสู่จิตใจในระดับจิตใจสำนึก และเลือกใช้ กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และพัฒนาระดับภาพให้ดีขึ้น

### การฝึกสติและสมาธิ (Mindfulness and Meditation)

การฝึกสติและสมาธิช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น ลดความเครียดและการซึมเศร้า การฝึกสติ Mindfulness ถูกนำมาใช้มากขึ้นเพื่อ จัดการกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เล็กน้อยถึงปาน กาง ผลลัพธ์ชี้ว่ามีผลกระทบของรูปแบบการฝึกสติ ลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วม และ กลุ่มเปรียบเทียบ มีรายงานการวิจัยแบบวิเคราะห์ภูมิวนิช meta analysis ที่แสดงให้เห็น ประสิทธิภาพของการฝึกสติ mindfulness ว่า หลังวัยรุ่นได้รับการฝึกสติ ช่วยลดระดับ ความซึมเศร้าได้ตั้งแต่เล็กน้อย ( $g = .14-.20$ ) ถึงปานกลาง ( $g = .45-.47$ ) ชี้ว่ามี ผลกระทบของการลดความเครียด Mindfulness-based stress reduction (MBSR) และการฝึก สติ เน้นการบำบัดทางปัญญา mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ซึ่ง ผลการวิจัยพบว่า การฝึกสติเน้นการบำบัดทางปัญญา MBCT แสดงให้เห็นผล ให้ผลลัพธ์

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

การฝึกสติอาจแนะนำให้ทำ samaichi เป็นการรักษาเสริม/ทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปานกลาง รวมถึงสำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการวิจัยพบว่า การฝึกสตินั้นมีประโยชน์ต่อวัยรุ่นในกลุ่มที่มีของโลกในแท้จริง และปัจจัยที่ส่งเสริมให้การฝึกสติมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับ การให้คำปรึกษารายบุคคล และระยะเวลาการฝึกสติที่นานจะให้ผลดีเพิ่มขึ้น

### การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายหรือ Physical Activity เป็นทางเลือกหรือทางเลือกในการรักษาเสริมสำหรับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Oberste et al., 2018 ; Wunram et al., 2018 ) และถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานงาน Meta analysis ระบุว่า การออกกำลังกายมีประสิทธิผลและบรรเทาอาการในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้ในระดับปานกลาง (Bailey et al., 2018) แต่ยังพบว่าการออกกำลังกายอาจเสริมการรักษาที่มีการอ้างในแนวทางปฏิบัติทางคลินิกขององค์กรอนามัยโลก (2020) แนะนำสำหรับการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยย่างมีประสิทธิภาพ (Oberste et al 2020) ดังนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสมสำคัญวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในเด็กและวัยรุ่น การออกกำลังกายช่วยให้เกิดผลดีต่อสุขภาพดังต่อไปนี้: สมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น (สมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดแดงกล้ามเนื้อ) สุขภาพของระบบหัวใจและการเผาผลาญ (ความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง กลูโคส และภาระดีอตอฟินซูลิน) สุขภาพของกระดูก ผลลัพธ์ทางปัญญา (ผลการเรียน การทำงานของสมอง) สุขภาพจิต (อาการซึมเศร้าลดลง) และความอ่อนล้าลง เด็กและวัยรุ่นควรทำกิจกรรมทางกายที่มีความเข้มข้นปานกลางถึงหนัก โดยส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยวันละ 60 นาที ตลอดทั้งสัปดาห์ (เป็นคำแนะนำที่จำเป็นต้องทำครบทุกครั้งกิจกรรมแอโรบิกที่มีความเข้มข้นสูง รวมไปถึงกิจกรรมที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (เป็นคำแนะนำที่จำเป็นต้องทำ) (WHO 2020)

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

### บทสรุป

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินการได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และการบำบัดครอบครัว โดยกระบวนการบำบัดดังกล่าวต้องดำเนินการโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม นำไปสู่การเรียนรู้ภายในตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ส่งเสริมการพึ่งพาสมรรถภาพและคักยภาพของผู้ป่วย ขั้นจะช่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสมดุลตามขีดความสามารถแต่ละบุคคล

แม้ว่าการบำบัดด้านนี้จะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก แต่พยาบาลในบทบาทพยาบาลทั่วไปก็สามารถมีส่วนร่วมในการสนับสนุนได้ โดยทำหน้าที่ประเมินเบื้องต้น แนะนำแนวทางการเข้ารับบริการ และติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพึ่งพาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎาธิ กลัชนะยุทธ และสุรศักดิ์ วิชัยโย. (2567). โรคซึมเศร้า กินยาอย่างไรให้ได้ผล. คลังข้อมูลยา.

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

ญาใจ สิทธิ์มงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร วงศ์สิริมาศ, และอุติญา พรชัยเกตุ โภค ยอด. (2561). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: ภาควิชา ศุขภาพจิตและกิจกรรมทางสังคมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). คิลปะบำบัด: ศาสตร์และคิลป์แห่งการบำบัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ครุสภากาดพระ.

สรรวลี สุนทรรัตน์. (2560). ดนตรีบำบัด: การบำบัดทางเลือกสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์, 12(3), 1–12.

สุวรรณ อรุณพงศ์เพศาล และ สรยุทธ วาสิกานันท์. (2558). ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

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 & Goulias, 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 Goulias (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.](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/sbab007.009>.

# การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

บทที่

4

บทนำ

เนื้อหา

บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทการส่งเสริม

บทบาทการป้องกัน

บทบาทการรักษา

บทบาทการพื่นฟู

กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินปัญหาทางการพยาบาลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การทำหนดและระบุช่องวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวางแผนทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลทางการพยาบาล

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

แนวคิดและหลักการ

กระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

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 เป็นตน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ อาจส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เชื่อมโยงไปถึงการเจ็บป่วยสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง วัยรุ่นที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงมีความพร้อมในการที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลและทีมบุคลากรสาธารณสุข จึงมีบทบาทที่ท้าทายในการหาวิธีการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นซึมเศร้า ให้ครอบคลุมทุกมิติของงานพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คือ บทบาทของพยาบาลจิตเวช 4 มิติ ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการพัฒนาสุขภาพจิต เพาะกายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถรักษาได้ เมื่อได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่เหมาะสม ภายใต้ขอบเขตงานและสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ดวงใจ วัฒนลินทร์, 2564; สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

## บทบาทการส่งเสริม

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion) ตามนิยามขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งสร้างนโยบายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต ตลอดจนการสื่อสารเพื่อกระตุนความร่วมมือ

ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวก ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อาทิ บุคลากรด้านสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา โรงเรียน ชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาครัฐ เช่น ล้วนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ (นันทกาน สุปรีย์พร, 2023)

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีมีพื้นฐานจากการดำเนินดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นจากการดูแล บิดา หรือผู้เลี้ยงดู มีความไว้วางผูกอ่อนมีการแสดงออกที่เหมาะสม เชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ยอมรับตนเอง บทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ การให้ความรู้ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรสในการมีคู่ครองที่เหมาะสม โรคทางพัณฑุกรรม การให้กำเนิดทารกที่บิดามารดา มีความพร้อมการเลี้ยงดูทารก เด็ก และวัยรุ่นให้เจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ พัฒนาการของบุคคล และการตอบสนองความต้องการของบุคคล ปัจจุบันการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นการส่งเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมอารมณ์ ส่งเสริมทางเลือกในการเลี้ยง สร้างความยืดหยุ่นในการจัดการสถานการณ์ที่ยากลำบากและความทุกข์ยาก และส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมและเครือข่ายสังคมที่ให้การสนับสนุน ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี เปรียบเสมือนมีภูมิคุ้มกันที่ดี ในรายที่ยังไม่มีความเลี้ยงหรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิต

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

1) ระดับบุคคล เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการจัดการกับอารมณ์ความเครียด การสื่อสารอย่างเหมาะสม และการส่งเสริมทักษะชีวิต (life skills) เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสื่อสารเชิงบวก การจัดการอารมณ์ การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ การเสริมสร้างความความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพจิตเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้

2) ระดับชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างและระบบบริการสุขภาพจิตที่ชุมชนสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมได้ กิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น เช่น การสนับสนุนระบบดูแลสุขภาพจิตในสถานประกอบการ ชุมชน สถานรับเลี้ยงเด็ก และศูนย์ให้คำปรึกษา โดยเน้นให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต

3) ระดับสังคม เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิต และปลดภัยสำหรับวัยรุ่น โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความรุนแรง ความเหลือมล้า หรือการตีตรา พร้อมทั้งส่งเสริมการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ และการตุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับต่าง ๆ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีเปรียบเสมือน มีภูมิคุ้มกันที่ดี เน้นในรายที่ยังไม่มีความเสี่ยงหรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิต กิจกรรมมีดังนี้ (คงใจ วัฒนลินธุ, 2564)

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

2. จัดกิจกรรมหรือนิทรรศการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น เช่น การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ

ผู้ชี้นำ การสื่อสารเชิงบวก การจัดการอารมณ์และความเครียด การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ การเสริมสร้างความความมั่นคง มีคุณค่าในตัวเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุน

### บทบาทการป้องกัน

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้หาย (Prevention or Maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย เพราะช่วงชีวิตของมนุษย์มีทั้งการเจริญเติบโตการพัฒนาการตามวัย (Growth and Development) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความรับผิดชอบตามหน้าที่ของบุคคล ในสังคม อาจมีเหตุปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด และวิตกกังวล ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล ต้องการทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคคลได้รักษา ระดับของสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ ช่วยเหลือ และนำໃเนเร่อง การปรับตัว (Adaptation and Adjustment) การเผชิญปัญหา (Coping) การลดความวิตก กังวล ลดความเครียด รวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุนเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นหาก ดำเนินการป้องกันในระยะเริ่มต้นก่อนที่อาการจะมากรัดเจน สามารถช่วยลดความ รุนแรงและผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางสำคัญของการ ป้องกันในระยะเริ่มต้น คือการดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นดังต่อไปนี้ กระบวนการคัดกรองไปจนถึงการให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบท สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม โดยเริ่มจากการจัดระบบการค้นหาและคัดกรอง ในกลุ่มวัยรุนอย่างทั่วถึง เพื่อตรวจจับความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกควบคู่กับการดำเนินงาน ลดปัจจัยเสี่ยง และเสริมสร้างปัจจัยคุ้มครองทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม การดำเนินงาน เชิงรุกโดยทีมဆสาขาวิชาชีพยังช่วยให้วัยรุนที่มีความเสี่ยงได้รับความช่วยเหลืออย่าง ทันท่วงที

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตแม้จะมีความเสี่ยงอยู่ ป้องกันไม่ให้อาการหรือ ปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่รุนแรงขึ้น ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ ดังนั้นการค้นหาและคัด

กรองรวมกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพชุมชนในการศึกษาข้อมูลวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษาวัยรุ่นในชุมชน ความเป็นอยู่ในโรงเรียน ในครอบครัว การใช้ชีวิต และประสบการณ์ความร่วมมือกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพชุมชนในการดำเนินการค้นหา และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกคน เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือที่ถูกต้อง ทันท่วงทีโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าที่นำมาใช้ โดยการป้องกันเมื่อยุ่ง 3 ระดับ ดังนี้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559; สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

1. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) มีเป้าหมาย หลักเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง โดยเน้นการลดอัตรา การเกิดภาวะซึมเศร้าในรายใหม่ เช่น การค้นหาสิ่งที่ทำเกิดความเครียดในวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยง จัดกลุ่มส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น จัดกลุ่มในโรงเรียน การจัดนิทรรศการหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิต การเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ การลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้และการให้คำปรึกษา แนะนำในการดูแลสุขภาพจิต การฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด และการรับมือ กับความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยกระบวนการเหล่านี้มีส่วนช่วยให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับ ความเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาชีวิตได้อย่างยืดหยุ่น และสามารถควบคุมอารมณ์ใน สถานการณ์ที่ตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) มี จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงและระยะเวลาของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มแสดง อาการตั้งแต่ระยะแรก ผู้ที่มีอาการ/พฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะที่เริ่มเจ็บป่วยทางจิตหรือมี ความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ โดยจะเน้นการ ค้นหาอาการตั้งแต่ช่วงเริ่มแรก และให้การดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้ปัญหา รุนแรงมากขึ้น บทบาทของพยาบาลในระดับนี้จึงต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญในการ ประเมินสุขภาพจิต การวินิจฉัยเบื้องต้น และการให้การดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่องอย่างมี ระบบ การค้นหาและคัดกรองนักศึกษาในสถานศึกษาวัยรุ่นในชุมชน ความเป็นอยู่ใน โรงเรียน เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือที่ถูกต้องทันท่วงทีโดยแบบคัดกรองโรค ซึมเศร้าที่นำมาใช้ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การจัดบริการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าใน สถานศึกษา การให้คำปรึกษาในโรงเรียนหรือชุมชน การลงต่อรักษาอย่างทันท่วงที การ

ให้ความรู้แก่นักชุมชนเกี่ยวกับการค้นหา/ดูแลกลุ่มเสี่ยง จัดบริการดูแลเงินเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน บริการคลินิกให้คำปรึกษา/จิตบำบัด Hotline กลุ่มวัยรุ่นเพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การป้องกันระดับตertiary prevention (Tertiary Prevention) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ป้องกันเจ็บป่วยซ้ำ และป้องกันความเสื่อมสภาพหรือความพิการ เช่น การลดความเสี่ยงต่อพัฒนาระบบทั่วๆ การใช้สารสเปตติด หรือปัญหาการดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ โดยเน้นการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพจิต และลงเสริมการกลับคืนสุขภาวะปกติในชุมชน กลยุทธ์สำคัญมุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ เช่น การวางแผนการรักษา การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การพัฒนาสมรรถภาพทางจิตสังคม เพื่อให้วัยรุ่นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว โรงเรียน และสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถดูแลตนเองได้เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ โดยจะต้องได้รับความร่วมมือระหว่างทีมสาธารณสุข ครอบครัว และสถานศึกษา เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานในระดับนี้ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน/อาการอย่างต่อเนื่อง (Follow-up Care) ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-9 จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดพิเศษให้วัยรุ่น ฝึกทักษะการเตรียมความพร้อมกลับไปอยู่ในสังคม สนับสนุนการกลับไปเรียนหรือทำงาน กิจกรรมร่วมกับเพื่อน สอนให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง ก่อนออกจากโรงพยาบาล ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว การให้การปรึกษาและบำบัดพื้นฟู (Counseling and Psychosocial Rehabilitation) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) ประสานงานกับครุณณะและหรืออาจารย์ที่ปรึกษาในการช่วยเหลือ ฝึกทักษะการรับมือกับความเครียด ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนการกลับเป็นซ้ำ มีระบบส่งต่อและแนวทางป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### บทบาทการรักษา

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

รักษาจะต้องมีการประสานงานในส่วนของบุคลากรสหวิชาชีพ สาธารณสุข แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวของวัยรุ่น และชุมชน โดย พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการประเมิน วางแผนการดูแล ให้การช่วยเหลือ เป็นองค์หนึ่ง และประสานการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนการบำบัดรักษาเริ่มตั้งแต่ การซักประวัติ การประเมินสุขภาพจิตของวัยรุ่น อย่างครอบคลุม ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และสิ่งแวดล้อมรอบตัว จะช่วยให้สามารถวินิจฉัยระดับความรุนแรงได้อย่างแม่นยำ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือ บรรเทาอาการในผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดระดับความรุนแรงของอาการที่เป็นอยู่ กิจกรรม มีดังนี้

1. การใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัด (therapeutic communication) เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้สะท้อนความรู้สึก นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทั้งด้านร่างกายและสุขภาพจิต เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น อารมณ์ด้านลบ การส่งเสริมทักษะชีวิต เช่น การจัดการอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

2. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) หรือที่เรียกว่า นิเวศน์บำบัด เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เหมาะสมต่อการพัฒนาสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมนี้ประกอบด้วยพยาบาล ผู้ป่วย และสถานที่ ซึ่งมีบทบาท ร่วมกันในการสร้างบรรยากาศในการรักษา จุดมุ่งหมายของการบำบัดวิธีนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีความลัมพันธ์ที่ดีขึ้น มีทักษะในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถคิดวิเคริ่มสิ่งใหม่ ๆ และเกิดความมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

3. จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่น กระบวนการพัฒนาสุภาพจิตใจที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยใช้พลังของกลุ่มเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในจิตใจของวัยรุ่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำกลุ่ม (group facilitator) ที่ทำหน้าที่วางแผน ออกแบบ และดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาของ

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

4. กลุ่มจิตบำบัด เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้า จิตบำบัดมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของวัยรุ่นแต่ละบุคคล การพื้นฟูสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องอาศัยการจิตบำบัดควบคู่กับการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับความคิด พฤติกรรม และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยให้กลับมาสู่ภาวะสมดุล ทั้งนี้มีรูปแบบการบำบัดที่สำคัญหลายประเภท ดังนี้ 1. จิตบำบัดแบบประดับประคอง (Supportive Psychotherapy) การบำบัดรูปแบบนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่เกิดด้านภายในอย่างอิสระ ไม่ว่าจะเป็นความเศร้า ความกังวล หรือความรู้สึกด้อยคุณค่า พยาบาลหรือผู้ให้การบำบัดจะมีบทบาทในการรับฟังอย่างเข้าใจ ให้กำลังใจ สนับสนุน และเสริมแรงทางบวก เพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในตนเอง เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น 2. จิตบำบัดแบบปรับความคิด (Cognitive Therapy) ผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีรูปแบบความคิดที่เป็นลบ เช่น รู้สึกล้มเหลว สิ้นหวัง หรือทำให้ตัวเองเงินจริง การบำบัดแนวคิดนี้มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรู้เท่าทันความคิดเหล่านั้น ดังคำสอนกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล และเปลี่ยนมุมมองให้เป็นไปในทางที่ดีมากขึ้น วิธีนี้ช่วยลดอาการมั่นคงและสร้างความสามารถในการรับมือกับปัญหาในชีวิต 3. จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักเผชิญกับปัญหาการขาดแรงจูงใจ แยกตัว และไม่สนใจสิ่งรอบข้าง พฤติกรรมบำบัดจะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ เช่น การกลับเข้าสังคม ทำกิจกรรมที่ชอบ หรือฝึกทักษะทางสังคม โดยมีผู้บำบัดคอยสนับสนุนอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและพื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ (อภันตรี สาขาร, 2567)

5. จิตบำบัดครอบครัว การบำบัดในบริบทครอบครัวเน้นการพูดคุยเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจสมาชิกแต่ละคน ทั้งความรู้สึก ความคิด ความต้องการที่แท้จริง และ

ประสบการณ์ในอดีตที่อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ในปัจจุบัน การบำบัดลักษณะนี้มุ่งสำรวจปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมถึงแบบแผนการสื่อสารและความสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบสุขภาวะทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวดูเจนขึ้น นักบำบัดจะใช้ชิปชวนให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการบำบัด และร่วมกันดำเนินกระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น ระหว่างกระบวนการอาจมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การวางแผนภูมิครอบครัว (genogram) การใช้บทบาทสมมติ หรือการสื่อสารผ่านทาง เพื่อเปิดพื้นที่ให้สมาชิกสามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นในมุมมองใหม่ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดหรือพฤติกรรมในการบำบัด นักบำบัดจะส่งเสริมให้สมาชิกนำการเปลี่ยนแปลงนั้นไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผลของการบำบัดเกิดความต่อเนื่องและนำไปสู่ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน (นิตา ลีมสุวรรณ, 2560)

6. การบำบัดรักษาโดยการใช้ยา ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ พยาบาลมีบทบาทในการติดตามผลข้างเคียง ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง และประเมินประสิทธิภาพของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นอีกปัจจัยสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญ พยาบาลจึงควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิธีการดูแลที่เหมาะสม และแนวทางการสื่อสารที่ไม่ซ้ำเติมความรู้สึกของรุ่น

### บทบาทการพื้นฟู

การพื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental Health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและลิงแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ได้ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติการพยาบาล คือ พื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention) โดยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การบำบัดทางความคิด การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดและให้การรักษาบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการพื้นฟูภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปสู่สังคมอย่างปกติ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุข ลดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

### กิจกรรม มีดังนี้

1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความรู้ เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนของตนเองได้ รู้จักวิธีการดูแลสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียด การตั้งเป้าหมายในชีวิต และการสร้างกิจวัตรประจำวันที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิต

2. การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับคนในสังคม วัยรุ่นที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้ามักมีปัญหาการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลจึงมีบทบาทในการสนับสนุนให้วัยรุ่นกลับเข้าสู่กิจกรรมทางสังคม ผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม และการสนับสนุนให้กลับไปสู่สถานศึกษาอย่างมั่นใจ เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนพื้นฟูความสามารถเดิม

3. ประเมินและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่อาจกลับมาอีก รวมถึงอาการแทรกซ้อน เช่น ความติดทำร้ายตนเองหรือการใช้สารเสพติด พร้อมประสานส่งต่อทีมสุขภาพจิตหากมีความจำเป็น

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้แก่ครอบครัว สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่น และกระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

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

6. ลงเสริมกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่น เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย โครงการอาสาสมัคร

หรือกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกว่างเปล่า และเสริมสร้างเป้าหมายในชีวิต

บทบาทพยาบาลจิตเวช 4 มิติ ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นบทบาทที่สำคัญ เพราะวัยรุ่นต้องเผชิญกับความท้าทายและแรงกดดันจากหลายด้าน เช่น ความกดดันจากการเรียน ความคาดหวัง การปรับตัวเข้าสังคม การถูกกลั่นแกล้งหรือบูลลี (Bullying) ปัญหาล้มเหลวทางการเรียน เป็นต้น หากไม่ได้รับการดูแลหรือเยียวยาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การพัฒนาของปัญหาทางสุขภาพจิตเรื่อรังในอนาคต พยาบาลจิตเวชและทีมสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครบถ้วน 4 มิติของการพยาบาลด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดี การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การรักษาเมื่อเกิดปัญหา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ โดยการดูแลที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมนี้ จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่ เป็นراكฐานสำคัญของการมีสุขภาพจิตดี เพื่อให้วัยรุ่นสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักยภาพ

### กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความล้มเหลวในการตอบสนองความต้องการ หรือความกดดันจากการเรียนและสังคม กระบวนการพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการ และติดตามผล เพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ

### การประเมินปัญหาทางการพยาบาลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินภาวะสุขภาพในวัยรุ่น มีความสำคัญซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาบุคคลิกในหลายด้าน ตั้งแต่พัฒนาการทางสติปัญญาที่เป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองตนเองมองอนาคต พัฒนาการด้านอารมณ์ และพัฒนาการทางด้านสังคม เพื่อให้ได้รับรู้ปัญหาที่ทรงกับความเป็นจริงมากที่สุด กำหนดแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความซึมเศร้า พยาบาลจำเป็นต้องมีการซักประวัติ สังเกต ลักษณะ จากตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล

ญาติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องมีการประเมินพัฒนาการ ประเมินสภาพจิต การตรวจร่างกาย และ ตรวจพิเศษเพิ่มเติม สิ่งสำคัญ พยาบาลต้องมีศาสตร์ด้านจิตวิทยาพัฒนาการ ศาสตร์พัฒนาการเด็ก ศาสตร์กระบวนการพยาบาลจิตเวช ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสังเกต เพื่อนำสู่การประเมินคุณภาพทางการพยาบาล ต้องมีการประเมิน ลักษณะดังต่อไปนี้

### 1.1 ด้านร่างกายหรือด้านสรีรวิทยา (Physical Assessment)

ประเมินอาการทางกาย การเคลื่อนไหวทางกายเชื่องชา เนื้อชา การย่อยอาหารชา ห่องผูก ไม่ปัสสาวะและรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อประสาทเสื่อม เช่น เปื่อยอาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีพลังงาน เชื่องชา ไม่มีความอยากอาหาร (loss of appetite) อ่อนล้า ในบางรายรู้สึกแข็งขาไม่มีแรงที่จะเคลื่อนไหวและไม่ปรารถนาที่จะทำสิ่งใดๆ มีความยุ่งยากในการนอน ตรวจสอบถามเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การไม่ดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ไม่สนใจตนเองหรือหยุดทำสิ่งต่างๆ ให้กับตนเอง(vegetative) (ไวยพิพย์ สันติพันธุ์, ศิริญพร บุสหงส์, ชารลิต 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 (กุมrinทร์ อินชวนี และ ชญาณันท์ แสงปาก 2562) ซึ่งต้องมีแนวทางการประเมิน จากลักษณะอาการที่สรุปดังต่อไปนี้

ซักประวัติอาการ เช่น รู้สึกเศร้า เปื่อยหน่าย หมดหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ใช้เครื่องมือประเมิน เช่น PHQ-9 Modified for Adolescents หรือ BDI-II (Beck Depression Inventory)

ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยตรง เช่น มีแผน มีอุปกรณ์ หรือเคยพยายามมาก่อน

### 1.3 ด้านสังคม (Social Assessment)

ประเมินระบบสนับสนุนทางสังคม โดยแก่ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สำราญปัจจัยอื่น เช่น การถูกกลั่นแกล้ง ปัญหาครอบครัว ความรุนแรงในบ้าน

### 1.4 ด้านพฤติกรรม (Behavioral Assessment)

ประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ไม่เข้าสังคม ขาดเรียนบ่อย เก็บตัวมากขึ้น

ระดับของ ความเศร้า	อาการแสดงออก	ด้านอารมณ์ (Affective)	ด้านพฤติกรรม (behavior)	ด้านความคิด (cognitive)	ด้าน สรีรวิทยา (physiology)
อาการเศร้าตาม สถานการณ์ (Transient depression)	รู้สึกเศร้าใจ ผิดหวังต่อ เหตุการณ์ หุดหงิด ไม่พอใจ	เสียใจ เศร้า ร้องไห้ ออก声	คิดหมกหมุนกับ เรื่องผิดหวัง	เหนื่อย อ่อนเพลีย อ่อนล้า	
อาการเศร้าระดับต่ำ (Mild depression)	รู้สึกผิด ผิดหวัง วิตกกังวล ล้มเหลว เศร้า และ หงุดหงิด	น้ำตาไหล พฤติกรรมลดลง แสดงออกไม่เหมาะ กับวัย กระสับกระส่าย แยกตัว ชอบ ทะเลาะวิวาทเป็น เด็กเกเร แยกตัว ใช้ สารเสพติด อันธพาล มี เพศสัมพันธ์แบบ ขาดความ ระมัดระวัง	คิดกังวล หมกหมุน กับเรื่องที่สูญเสีย ตำหนิตนเอง ตำหนิผู้อื่น มีความรู้สึกชัดແย়ে ใจ	อาการคลื่นไส้ อาเจียน กินอาหารมาก เกินไป นอน มากเกินไป นอนไม่หลับ ปวดหัว เจ็บหน้าอก	

อารมณ์การแสดงออก ระดับของความเศร้า	ด้านอารมณ์ (Affective)	ด้านพฤติกรรม (behavior)	ด้านความคิด (cognitive)	ด้านสรีริทยา (physiology)
อารมณ์เศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น เช่น มีความผิดปกติ	รู้สึกเศร้า จิตใจห่อเหี้ยวนะดูดี หลวบหลาม ลึกลับ ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกในตัวได้ ตื่นนอนยาก ตื่นสาย ตื่นเช้าแล้วไม่สามารถตื่นตัวได้	เคลื่อนไหวเชิงช้า พูดช้าหรือไม่พูด รำพึงรำพันแทบทุกข์ของตน แยกตัวไม่ออก ไม่สนใจสัมผัสถูกป้อง ลุกนอนไม่สบาย ลดลง เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำรายตื่นเอง	ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การคิดเชิงช้า มองโลกในแง่ร้าย ย้ำคิดย้ำทำ คิดวน	ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือปอดหลัง รับประทานอาหารมากเกินไป พฤติกรรมการนอนผิดปกติ นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ไม่มีประจำเดือน ความพึงพอใจทางเพศลดลง เจ็บหน้าอก เจ็บท้อง อ่อนเพลีย เสื่อยลา ไม่มีพลังกำลัง ใจหอบหายใจ ความรู้สึกดีในตอนเช้าและกลางวัน ระบบลือ

อาการแสดงของ ความเศร้า	ด้านอารมณ์ (Affective)	ด้านพฤติกรรม (behavior)	ด้านความคิด (cognitive)	ด้าน สรีริทยา (physiology)
				ประสาท ผิดปกติ
อาการระดับปัจจุบันแรง (Severe depression)	เฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกลึ้นหลวม ไร้ค่า รู้สึกเศร้ามากจน ไม่มีทางจะดีขึ้นได้ เลย ไม่รู้สึกยินดียิน ร้ายใดๆ	เดินช้า ยืน หรือนั่ง ท่าใดจะอยู่ในท่านั่น นานๆ หลงผิด ไม่ ยินดียินร้าย เมย เฉยแยกตัว ไม่มี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขภาพ อนามัยตนเอง เคลื่อนไหวเชื่องชา ไม่มีจุดหมาย ถอดราย มักยืนที่อ	หลงผิด คิดว่าคน อื่นคิดร้ายต่อ ตนเอง หลงผิดว่าตนเอง เจ็บป่วยด้วยโรค ต่างๆ ลับลับ ตัดสินใจไม่ได้ ประสาทหลอน ทำหนินตนเอง คิดทำ ร้ายตนเอง ไม่มี สมาธิ	เคลื่อนไหวชา เลือด ทองผู้ไม่ ปัสสาวะ รู้สึก ดีขึ้นตอน กลางวัน ระบบการ สืบสารเสื่อม

## การกำหนดและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

### 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลต่อเนื่อง หลัง  
สิ้นสุดการประเมินสภาพ นำข้อมูลจากประเมินมาวิเคราะห์ คัดแยกจัดเรียงข้อมูลด้าน<sup>ช</sup>  
บวกและด้านลบ นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล ความเชื่อมโยงกัน เพื่อกำหนด<sup>ช</sup>  
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดเรียงปัญหาที่มี  
ความสำคัญ เร่งรีบด่วนเป็นอันตรายกับชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ข้อวินิจฉัยทางการ  
พยาบาลที่กำหนดขึ้นของวัยรุ่นที่มีภาวะซึม จะแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการ ความ  
รุนแรง ระยะเวลาของแต่ละระยะการบำบัด ตั้งแต่ ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะ  
ต่อเนื่อง (Continuous phase) และระยะบำรุงรักษา (Maintenance phase)

ระยะเฉียบพลัน(Acute phase) ตัวอย่างวินิจฉัยที่พบบ่อย ได้แก่:

- ความเลี่ยงต่อการทําร้ายตนเองเนื่องจากความลับห่วงใยค่า
- มีความคิดในการทําร้ายตนเอง เนื่องจาก ประสาทหลอน คิดว่าคนมาทำร้ายตนเอง
- มีภาวะเครียดโศกเรื้อรังเนื่องจากภาวะซึมเศร้า
- มีปัญหาด้านการนอนหลับเนื่องจากภาวะวิตกกังวล
- ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเนื่องจากการแยกตัว
- ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
- การจัดการกับสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องขาดทักษะการเผชิญปัญหา
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนของตัวเอง เนื่องจากมี ความคิดเชิงลบ ความคิดว่าตนของไม่มีคุณค่า มองโลก ในแง่ร้าย
- บกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย กิจกรรมประจำวัน

### การวางแผนทางการพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว และมีการจัดเรียงลำดับความรุนแรงของปัญหาแล้ว ขั้นตอนถัดไป พยาบาลต้องนำปัญหามากำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง และระบุตัวชี้วัดเพื่อให้การวางแผนพยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจน วัดผลได้ และเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของอาการ พร้อมกับกำหนดแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย และผลลัพธ์ทั้งระยะสั้น และระยะยาว เกณฑ์การประเมินผล รวมไปถึงการกำหนดระยะเวลาที่คาดหวังว่า เป้าหมายนั้นจะสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาของการบำบัดรักษา

**แผนระยะสั้น** มุ่งให้การพยาบาลระยะเฉียบพลัน เน้นการพยาบาลที่มีความสำคัญเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาที่เร่งด่วน

### ตัวอย่างของเป้าหมายของการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

## ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1 ปลดปล่อยจากอันตราย หลังจากเข้ารับการรักษาตั้งแต่วันแรกและตลอดช่วงเวลาที่ทำการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือภายใน 1 สัปดาห์

2 คะแนนความคิดทำร้ายตนเองลดลง ภายใน 1 สัปดาห์

3 ภายใน 1 สัปดาห์ ระดับความซึมเศร้าลดลง

## เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีการบาดเจ็บหรืออันตราย หรือไม่พบร่องรอยการทำอันตรายต่อตนเอง ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์

ระดับความซึมเศร้าลดลง ประเมินจาก พูดคุยมากขึ้น สีหน้าสดชื่น ไม่รู้สึกห้อแท้ หดหู่ มีความหวัง มีมุ่งมองบวกกับตนเองมากขึ้น สร้างปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นมากขึ้น ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

## กิจกรรมการพยาบาล

**แผนระยะยาว** มุ่งเน้นระยะต่อเนื่อง (Continuous phase) และระยะบำรุงรักษา (Maintenance phase) มุ่งเน้นการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต

## ตัวอย่างเป้าหมายของการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้

ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตน

## ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1 ไม่มีความคิดซ้ำเรื่องอยู่กับที่ในเรื่องที่สูญเสีย ได้ตลอดวัน

2 แก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้ ประเมินจาก ทำกิจวัตรประจำวันตามเวลาได้เหมาะสม ควบคุมตนเองได้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ในวันที่ทำกิจกรรมกลุ่ม พยายามทำกิจกรรม

3 พึงพอใจต่อตนเอง ประเมินจาก พูดร้อยภายนอกความรู้สึกพึงพอใจของตนเอง พอกำใจในมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นพัฒนาความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณภาพของแห่งตน ได้ดังนี้

1) การยอมรับและไม่ทำให้เมื่อผู้ป่วยระบาย อารมณ์กรด

- 2) ) สับสนุ่นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย
- 3) กระตุนให้ผู้ป่วยแสดงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยืดมั่นหลักการ ทางศาสนา เป็นตน
- 4) กระตุนผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสดงหาได้โดยพยาบาลรวม พิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม
- 5) สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกว่าตนเองขาดกีังวล แหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้
- 6) ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม

### การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นหลักการของ การป้องกันอันตราย (non malifinance) ในแต่ละระยะของโรค มีการใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างลัมพันธภาพ และการสอนผู้ป่วยในเทคนิคการปรับตัวต่อปัญหา ต่อสังคม การส่งเสริมการแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การให้คำปรึกษา การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย การดูแลให้ยาต้านอาการ ยารักษาอาการทางจิต ต้านเครื่อง ตลอดจนประเมินผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ โดยพยาบาลต้องไวต่อผลข้างเคียงที่รุนแรง การแพ้ยา การใช้ยาร่วมกัน กับยาต้องห้าม เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหวัดใจลมเหลว และหญิงมีครรภ หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร ที่มีการใช้ยากลุ่ม SSRIs (FluoxetineSertraline) จะมีผลทำให้การทำงานของ Serotonin เพิ่มมากเกินกว่าปกติซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น ทำให้มีเม็ดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง มากตามชาย แห้งอุ่นมาก ปวดห้อง มีไข้สูง กล้ามเนื้อกระตุก ชาและ เสียชีวิตได้ ยากลุ่ม MAOIs (Phenelzine) มีข้อควรระวังต่อการรับประทานอาหารที่มี Tyramine เช่น เนยแข็ง อาหารที่มีส่วนผสมของยีสต์สูง จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (hypertensive crisis) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก

## ตัวอย่าง

### 1. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression)

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมักแสดงอาการเครียด เช่น หง怡 เล็กน้อย มีพฤติกรรมถอนตัวจากกิจกรรมบางอย่าง แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยทั่วไป พยายามลดความเครียด เช่น การฟังเพลง หรือการพูดคุยแบบไม่ตัดสิน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการกระตุ้นให้กลับเข้าสู่กิจกรรมที่สร้างแรงบันดาลใจ

แนวทางการพยาบาล:

- สงเสริมการระบายความรู้สึกผ่านการพูดคุยแบบไม่ตัดสิน
- ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อสร้างความเข้าใจ
- กระตุ้นการออกกำลังกายและกิจกรรมที่วัยรุ่นสนใจ เช่น ダンซิ่ง กีฬา
- แนะนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การหายใจลึก การนั่งสมาธิ
- ประเมินอาการซ้ำๆ ทุก 2-4 สัปดาห์

### 2. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression)

#### Depression)

ภาวะซึมเศร้าปานกลางมักแสดงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากขึ้น ผู้ป่วยอาจขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ มีปัญหาเรื่องการนอนหรืออาหาร และอาจมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง พยายามลดลง แต่ยังคงมีความสามารถอย่างใกล้ชิด และรวมกับทีมสุขภาพจิตในการพื้นฟูผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาล:

- ใช้แบบประเมินอาการ เช่น PHQ-9 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก
- สงเคราะห์และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตน
- สอนการจดบันทึกอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตน
- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มบำบัด
- ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองอย่างสม่ำเสมอ

### 3. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้าย自己 หรือทำร้ายตนเอง การดูแลต้องเน้นความปลอดภัยเป็นหลัก พร้อมทั้งการรักษาทางจิตเวชรวมด้วย

### แนวทางการพยาบาล:

- ประเมินความเสี่ยงจากตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง เช่น มีแผนหรืออุปกรณ์หรือไม่
- ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงหากจำเป็น
- รวมมือกับจิตแพทย์ในการให้ยา เช่น SSRI พร้อมติดตามผลข้างเคียง
- สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น นำของมีค่าออกจากห้อง
- สื่อสารอย่างนุ่มนวล ให้ความรู้สึกไว้วางใจ
- ประสานงานกับครอบครัวเพื่อร่วมดูแลพื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วย

### การประเมินผลทางการพยาบาล

เมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาล ขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาลมีความสำคัญ ทำให้รู้ว่า การดูแลผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลได้ตรงตามเกณฑ์ประเมินที่กำหนดไว้ และบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ หากกิจกรรมที่ปฏิบัติลงไป ไม่บรรลุตามเกณฑ์หรือเบ้าหมายทางการพยาบาล พยาบาลต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัย สาเหตุ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าว มาปรับและวางแผนการพยาบาลใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้

### การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

#### แนวคิดและหลักการ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นไปตามทฤษฎีการพยาบาลของเพลบเพลลา ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลจิตเวชในการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด และเป็นลัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล และเข้าใจในปัญหาของตนเอง นำไปสู่การร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาตลอดจนพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต ตระหนักรู้คุณค่าของตนเอง มีเบ้าหมายในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

หลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ (Professional relationship) ที่ เป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Therapeutic Nurse–Patient Relationship) มีการกำหนด วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน คือ เพื่อการบำบัดรักษา และมุ่ง

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการบำบัด มีกระบวนการและขั้นตอนที่ชัดเจน มีการกำหนดระยะเวลาที่เป็นไปตามแผนการรักษา ซึ่งพยาบาลจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้เคราะห์พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ลักษณะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน อาศัยหลักการและเทคนิคเฉพาะ และไม่มีคำตอบที่ตายตัวหรือสำเร็จรูป มีการเริ่มต้นและมีการสิ้นสุด สัมพันธภาพ มีการกำหนดขอบเขตของระยะเวลา การนัดหมายเวลา และสถานที่ในห้องพูป่วยอย่างชัดเจน และอยู่ภายใต้กรอบของจรรยาบรรณ และจริยธรรมของวิชาชีพเป็นหลัก

**จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด** ใน การปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีทักษะในการเชิงชีวิตที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ทั้งในด้านความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และมีการปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยพยาบาลจะใช้เทคนิควิธีต่างๆ ในการสื่อความหมาย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการบำบัดให้ผู้ป่วย ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

### **จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังนี้**

1. จุดมุ่งหมายระยะสั้น เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้างเร่งด่วนที่สำคัญ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพัฒนาตนอย่างเต็มที่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งจุดเด่น และข้อบกพร่อง ความรู้สึก แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยม และการแสดงพฤติกรรมลามาเสมอควบคุมตนเองได้ ไม่ว่าความหรือวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ ไม่ท้อแท้ลื้นหวัง รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

2. จุดมุ่งหมายระยะยาว เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ผู้ป่วย สามารถ ตัดสินใจ และวางแผนการในอนาคตได้ มีการปรับปรุง สัมพันธภาพ และทักษะการเข้าสังคม มี ทักษะในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต ซึ่งหากพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยจะรู้จักตนเองและมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองที่ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับตนเองรวมถึงข้อจำกัดของตนเอง ตระหนักรู้ในความสามารถและศักยภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง

2.2 ผู้ป่วยจะพัฒนาการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางสร้างสรรค์ขึ้น สามารถให้และรับได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อจำเป็น รวมทั้งเป็นที่ฟังฟ้าและให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

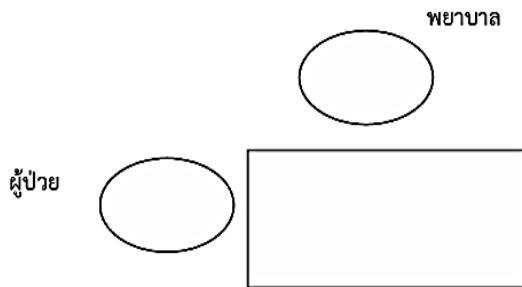
2.3 ผู้ป่วยจะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถตอบสนองความต้องการที่นิส្ញานส่วนตนได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น มีความรับผิดชอบในการกิจส่วนตัว และปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มศักยภาพ บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ได้โดยที่ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น

องค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด องค์ประกอบสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง เพื่อช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ สถานที่ที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Setting) การจัดท่าทาง (Seating Arrangement) และระยะระหว่างบุคคล (Personal Space) ดังรายละเอียด ดังนี้

1. สถานที่ที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จัดที่มีสัดส่วนเป็นส่วนตัว มีอากาศ แสงสว่าง พอเหมาะสม ไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีผู้ป่วยอื่นหลักพัล๊ان

2. ระยะระหว่างบุคคล คือ ช่องว่างหรือช่วงระยะทางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่จะต้องมีความเหมาะสม ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคาม หรือรู้สึกอึดอัด

3. การจัดท่าทางในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ควรเป็นท่าที่ผ่อนคลาย ท่าที่เหมาะสม ควรเป็นท่าที่พยาบาลกับผู้ป่วยนั่งทำมุมต่อกันประมาณ 90 องศา เพื่อที่จะได้สบตา กันได้อย่างเป็นกันเอง ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเกร็ง และสามารถที่จะปรับระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังภาพ



ภาพที่ 2 แสดงการจัดท่านั่งในการสร้างล้มพันธุภาพเพื่อการบำบัด

ระยะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและปัญหาที่พบในแต่ละระยะ  
ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 4 ระยะ

1. **ขั้นก่อนสัมพันธภาพ (Pre-initial phase)** ในระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลได้รับมอบหมายให้เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลต้องมีการวางแผนและเตรียมตัวไว้ก่อน เพราะระยะนี้ยังไม่ได้พบกับผู้รับบริการ โดยพยาบาลควรมีการศึกษาข้อมูลภูมิหลังเบื้องต้นของผู้ป่วย เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาที่อาจพบในขั้นก่อนสัมพันธภาพ ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่พยาบาลอาจกลัวการถูกทำร้ายกลัวถูกปฏิเสธการสนทนา วิตกกังวลไม่รู้จะสร้างสัมพันธภาพอย่างไร พยาบาลกลัวว่าจะพูดกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง การใช้เทคนิคการสนทนาต่างๆ และกลัวไปทำร้ายจิตใจผู้รับบริการ ปัญหาเหล่านี้เกิดจากความมีประสบการณ์ในอดีต เกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช สามารถแก้ไขโดยการสำรวจตนเองว่ากลัวอะไร เกิดขึ้นเพราะอะไร อาจจะขอคำแนะนำจากหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าห้องผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน การพัฒนาตนเองโดยการเตรียมตัว ความรู้ และเทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้
  2. **ขั้นเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Initial phase)** ในระยะนี้พยาบาลเริ่มทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องใช้วาจากริยา ท่าทาง

ສູງພອນໂຍນ ແລະ ເສດງຄວາມຈິງໃຈທີ່ຈະຫຼາຍເກີ້ອ ທັກໝະຈຳເປັນທີ່ພຍາບາລ  
ຄວບປົງຕີໃນ ຮະຍະນີ້ ຄືອ

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

ໃໄຮຍະແຣກນີ້ ພຍາບາລຈະຕອງກຳນົດຂໍອຕກລົງເປົ້ອງຕັ້ງຮມກັນກັບຜູ້ປ່ວຍ ເພື່ອໃຫ້  
ເກີດຄວາມເຂົ້າໃຈຕຽງກັນ ໂດຍພຍາບາລຈະແນະນຳຕ້ວ ແລະບອກໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍຮູ້ແລະເຂົ້າໃຈສຶ່ງ  
ກະບວນການ ວັດຖຸປະສົງຄົມ ບທບາທຂອງທາງພຍາບາລແລະຜູ້ປ່ວຍໃນການສ້າງສັນພັນອົກາພ  
ເພື່ອການປຳດັບຮົມຄື່ງການຕົກລົງເຮື່ອການນັດໜາຍ ວັນ ເວລາ ແລະສະຖານທີ່ ນອກຈາກນີ້  
ພຍາບາລຢັ້ງຕ້ອງບອກຍໍ້າຄື່ງຈວຽຍບປຣະນົມວິຊາເຊື່ອ ໂດຍເສີມພາກໃນເຮື່ອງຂອງການຮັກໝາດຄວາມລົ້ມ  
ຂອງຜູ້ປ່ວຍ

ปัญหาที่อาจพบในขั้นเริ่มแรกของการสร้างสัมพันธภาพ

๑. ความวิตกกังวล (anxiety) หั้งของพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลจะต้องคนหาให้เจอว่าตนเองมีความวิตกกังวลเรื่องอะไร และผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องอะไร ส่วนใหญ่พยาบาลมีความวิตกกังวลว่าจะช่วยผู้ป่วยไม่ได้ กังวลเรื่องการใช้เทคนิคการสนทนาก การจับประเด็นเวลาผู้ป่วยเล่า ส่วนผู้ป่วยจะกังวลเรื่องว่าตนเองคงป่วยหนัก คงมีสิ่งผิดปกติซึ่งพยาบาลจะต้องคนหาหรือลดความวิตกกังวลของตนเองและผู้ป่วย และในระยะแรกพยาบาลควรบอกรู้ตุ่นประสังค์การสร้างสัมพันธภาพอย่างชัดเจน บอกถึงบทบาทของพยาบาล พยายามหาสถานที่ที่สะดวกสบาย สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยมีการทดสอบ (testing) พยาบาล เพื่อดูข้อบ่งชี้ของสัมพันธภาพอาชญากรรมที่อาจมีอยู่ ดังนี้  
ทดสอบว่าพยาบาลมีความต้องการอะไรที่ซ่อนอยู่ พยาบาลจะช่วยเหลือได้จริงหรือไม่  
พยาบาล naïve เชื่อถือได้แค่ไหน ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอ ตรงต่อเวลา และ  
ปฏิบัติตามที่ได้บอกกับผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยมีการต่อต้าน (resistance) พยาบาลโดยการไม่ยอมรับรู้ และไม่มีความสมัพนันใจให้ชิดกับพยาบาลอาจเป็นเพราะประสบการณ์ ซึ่งพยาบาลจะต้องศึกษา

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหานี้ และใช้ความจริงใจ ความเข้าใจ ความสมำเสมอในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้งนี้ปัญหาเหล่านี้ต้องแก้ไขก่อนเข้าสู่สัมพันธภาพระยะต่อไป

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

1. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกอย่างตั้งใจ เข้าใจและเห็นใจ พัฒนาผู้ป่วยพูดว่าอะไร ผู้ป่วยกำลังจะบอกอะไรและใช้เทคนิคเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย
2. ตั้งคำถาม เรื่องราวเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยไม่ใช้อภารกุ๊ชocom ขอความกระจางในข้อมูลที่คลุมเครือ ให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึก ทั้งนี้พยาบาลควรระมัดระวังเรื่องการให้คำแนะนำ ซึ่งพยาบาลอาจเหลือนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาแนะนำในเรื่องราวปัญหาของผู้ป่วย
3. มีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อรัก เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับ
4. เลือกใช้เทคนิคการสนทนาร่วมเพื่อให้ได้มาซึ่งการแก้ไขปัญหา
5. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยว่าปัญหาใดคือปัญหาหลัก
6. ลงเสริมภาวะความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพาตนเองติดลิ้นใจเอง แก้ปัญหาเอง เพื่อลดการพึ่งพาพยาบาล

## ปัญหาที่อาจพบในระยะแก้ไขปัญหา

1. พยาบาลมีความกังวลเรื่องการเลือกเทคนิคการสนทนาก็เป็นสัมพันธภาพ เช่น ผู้ป่วยขอเบอร์โทรศัพท์ ขอที่อยู่ ในเรื่องเทคนิคการสนทนาต้องอาศัยการอ่านเกี่ยวกับเทคนิคและการสรุปบทเรียนการใช้ เทคนิคการสนทนาว่าเทคนิคที่ใช้เหมาะสมหรือไม่อย่างไร ส่วนเรื่องสัมพันธภาพต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ต่อไป

2. พยาบาลวินิจฉัยปัญหาที่แท้จริงไม่ได้ ผู้ป่วยอาจไม่บอกปัญหา หรือไม่รู้ว่าอะไรคือปัญหา พยาบาลอาจมองไม่เห็นปัญหา ซึ่งพยาบาลต้องอาศัยเวลาและประสบการณ์จึงจะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้

3. การถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของผู้ป่วยมายังพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่กับเป็นความรู้สึกรัก ผูกพัน และพึงพาพยาบาลแก้ไขโดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ ในตนเอง

4. การเพชญการถ่ายโอนความรู้สึก (Counter transference) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของพยาบาลถ่ายโอนไปยังผู้ป่วย เช่น พยาบาลรู้สึกว่าผู้ป่วยเหมือนพ่อของตนเอง จึงให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นพิเศษ เป็นตน ซึ่งบางครั้งพยาบาลไม่ทราบว่าตนเองมีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้น จะทำให้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไม่เป็นไปในลักษณะของวิชาชีพ แก้ไขโดยการที่พยาบาลต้องตระหนักรู้ในตนเอง ลงเเก่ หรือสำรวจตนเอง และจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้น

## เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

เทคนิค	วัตถุประสงค์	ตัวอย่าง
1. Using broad opening statement (การกระตุนให้เริ่มเรื่องพูด)	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกหัวข้อสนทนากับในแนวทางที่จะระบายน้ำความรู้สึกออกมานอกมา	- มีอะไรอย่างใดที่พูดให้ฟังให้หมด
2. Using general lead (การกล่าวนำ)	กระตุนให้พูดต่อไปกรณีที่ผู้ป่วยพูดแล้วหยุดเงียบไป	- แล้วอย่างไรต่อค่ะ - เล่าต่อซิคะ

3.Using silence (การเงียบ)	พยาบาลเงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาสำรวจคำพูด ความคิด และเตรียมคำพูดที่จะสนทนากลับไป	(การเงียบที่เกิดจากคิดไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป ไม่เรียกว่า using silence)
4. Sharing observation (การให้ข้อสังเกต)	กระตุนให้ผู้ป่วยรับรู้ต่อพฤติกรรมของตนที่แสดงออกมาก่อน มีโอกาสระบายความรู้สึกของมาเป็นคำพูด	-ดูทางคุณครัวเมื่อพูดถึงแม่
5. Reflecion (การสะท้อน)	นำความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่คุณครีอออกมาก่อนให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ และทบทวนเพื่อพิจารณา ตัดสินปัญหาโดยด้วยตนเอง	Pt : ไม่ว่าจะไร้สาระแต่แม้ก็จะให้่องสาวก่อน พยายามอ N: คุณรู้สึกน้อยใจแม่
6.Restating (การทวนความ)	พูดทวนในขอความคำพูดของผู้ป่วย ตามที่พยาบาลเข้าใจ เพื่อให้เข้าใจทบทวนสิ่งที่เข้าพูดมาอีกครั้งหนึ่ง	Pt : น้องสาวไม่มาดูแลช่วยดูแลเมเลย์ปล่อยให้ฉันดูอยู่คนเดียว N: คุณต้องดูแลแม่อยู่คนเดียว น้องสาวไม่ช่วยคุณเลย
7.Giving recognition (การจำได้)	แสดงออกว่ารู้จัก ยอมรับผู้ป่วยและสนใจและใส่ใจในการเปลี่ยนแปลงหรือข้อมูลสำคัญของเขารายให้เขารู้สึกมีคุณค่า	-สวัสดีค่ะ “คุณลพธิชา” -วันนี้ดูสดใสรับประทานมาก่อน ใช้เหมือน
8. Exploring (การสำรวจ)	เจาะลึกเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นความคิดหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจต่อรองและมองเห็นปัญหาตนเองชัดเจนขึ้น	Pt.: คนในครอบครัวเขา เกลียดผมกันทั้งนั้น N: มีอะไรเกิดขึ้นที่ทำให้คุณคิดว่าเขาเกลียดคุณ

เทคนิค	วัตถุประสงค์	ตัวอย่าง
9. Clarifying (การทำความกระจ่าง)	ใช้เมื่อพยาบาลไม่เข้าใจความหมายที่ผู้ป่วยพูด หรือไม่แน่ใจว่าพยาบาลเข้าใจความหมายตรงกับที่ผู้ป่วยพูด หรือไม่	Pt.: พmagก์แคนหมายความว่าบ้าน N: หมายความว่าบ้านที่คุณร่า
10. Presenting reality (การให้ความจริง)	ให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ใช้กรณีเมื่อ Hallucination / Illusion ให้เขารับรู้โลกความเป็นจริง	- เลี้ยงที่คุณได้ยิน ดิฉันไม่ได้ยินเลย ตรงนี้มีเรื่องอยู่กันแค่คน
11. Giving information (การให้ข้อมูล)	ให้ขอเท็จจริง ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการไม่ใช่เพราะพยาบาลมองว่าดี	- ดิฉันชื่อ รุจิรา จะมาดูแลคุณในช่วง 2 สัปดาห์นี้ - ยาที่ทานอยู่จะช่วยให้คุณหลับได้ดีขึ้น
12. Acknowledge the patient's felling (การยอมรับในความรู้สึกของผู้ป่วย)	แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลเข้าใจในความรู้สึกของเขาและยอมรับให้เขามีความรู้สึกเช่นนี้ได้	Pt : ฉันเกลียดที่นี่ ฉันอยากกลับบ้าน N: คุณคงลำบากใจไม่น้อยที่จะต้องอยู่ในที่ที่คุณเกลียด
13. Offering self (การเสนอตนช่วยเหลือ)	พยาบาลเสนอตนของเพื่อช่วยเหลือ ก่อนที่เข้าใจร่องขอ	- มีอะไรที่ดิฉันพอจะช่วยคุณได้บ้าง - ปวดศีรษะหรือค่ะ เดี๋ยว ดิฉันพาไปขอยาพี่พยาบาลนะค่ะ
14. Focusing (การมุ่งความสนใจ)	มุ่งความสนใจไปที่ปัญหาใดปัญหาหนึ่งของผู้ป่วย ใช้เมื่อผู้ป่วยพูดถึง helyay ๆ ปัญหาในคราวเดียวกันหรือเปลี่ยนเรื่องอย่างรวดเร็ว	- ที่ผู้ชายมีหลายเรื่อง คุณอยากจะแก้ไขเรื่องไหนก่อนดี - คุณบอกว่าเบื้องบ้าน คุณอยากจะคุยกับเรื่องนี้ก่อนไหม

เทคนิค	รัตตุประสงค์	ตัวอย่าง
15. Validating (การตรวจสอบความแน่ใจ)	ใช้เมื่อพยาบาลเข้าใจว่า ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองแล้ว จึงตรวจสอบว่าเป็นตามที่พยาบาลเข้าใจหรือไม่	- คุณรู้สึกสบายใจเขึ้นบ้าง หรือยัง  - ตกลงคุณมีทางที่จะติดต่อญาติได้แล้ว ลองใจเขึ้นบ้าง หรือยัง
16. Summarizing (การสรุป)	สรุปความเมื่อผู้ป่วยพูดจบ เพื่อให้เข้าใจยืนยันว่าตัวเขาร�มาอีกครั้งหนึ่ง มักทำต่อนท้ายหรือตอนกลางการสนทนาก็ได้	- ครึ่งชั่วโมงที่เราได้คุยกัน เราได้พูดกันถึงเรื่อง.....
17. Encouraging evaluation (กระตุนให้ประเมินตนเอง)	กระตุนให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงบุคคลหรือเหตุการณ์ โดยใช้ความรู้สึกด้านนัยมและมาตรฐานของตัวเขารีบันในการพิจารณา	- คุณคิดว่าสามีของคุณเป็นคนอย่างไร  - คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการรับประทานยา

\*\* การสื่อสารที่ไม่ควรใช้ เพราะไปขัดขวางการบำบัด \*\*

1. การให้กำลังใจแบบเดย์ชิน (Reassuring cliché)	การใช้คำปลอบใจ ให้กำลังใจหรือช้มตามความเดย์ชิน	- อายักษ์วัลใจไปเลย - เดียวทุกอย่างก็ดีขึ้นเอง
2. การแก้ตัว (Defending)	พยาบาลพยายามจะแก้ตัวเมื่อผู้ป่วยวิจารณ์ถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งจะไปริดรอนสิทธิในการแสดงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย	- ลูกชายของคุณเขามีคงมีงานมากจึงมาเยี่ยมคุณไม่ได้
3. การเปลี่ยนหัวข้อสนทนาก็ (Changing the subject)	การเปลี่ยนเรื่องพูดโดยกะทันหัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจการสรบายความรู้สึกเรื่องนั้นอีกดอกไป	Pt : ผมนอนไม่หลับคิดถึงเรื่องพ่ออยู่ตลอดเวลา N: คุณคิดว่าคุณจะได้ออกจากโรงพยาบาลเมื่อไรคระ
4. การให้คำแนะนำ (Giving advice)	เป็นการบอกผู้ป่วยว่าอะไรที่ต้องทำหรือควรทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้คิดหาทางแก้ไขด้วยตนเอง	- คุณควรจะ...

## กลอนช่วยจำ เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

**Exploring** ขอรายละเอียด อย่างมากmany

**Clarify** เมื่อความหมาย นั้นไม่ clear

Flight of idea ต้องใช้ **Focusing**

ถ้าเข้าใจง่าย **Using general lead**

ประสาทหลอน Paranoid ป่วนจิต **Present reality**

**Offering self** คนดี เสนอตนช่วยเหลือ

พูดไปย่อให้พร้อมเพื่อ สรุป **Summarize**

**reflect of Content** พูดมาอย่างไร สะท้อน ไปอย่างนั้น

**Reflect of feeling** หวานความรู้สึก จะได้เข้าใจตรงกัน

**Using Broad Opening** นั้น ใช้เปิดประเด็น

**Restating** หวานความหมาย แต่สลายประโยชน์

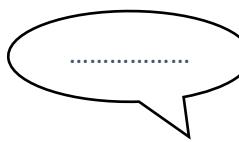
**Giving recognition** “คุณสพโชค จำสิ่ง สำคัญได้”

**Sharing Observation** ให้ข้อสังเกตว่าเราเห็นอะไร

**Reassuring cliche'** ให้กำลังใจแต่ไม่เกิดผลใดๆเลย

เทคนิค่มีมาก แต่ไม่ได้เข้าใจగานะเพื่อนอย

ท่องจำเอาไว้ทุกวันเลย ว่าท่านอยู่ **อย่าง平安แน่นำ**



### ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

#### บทสนทนาระหว่างพยาบาลและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

พยาบาล	สวัสดีค่ะ (ชื่อวัยรุ่น) เข้าใจว่าช่วงนี้คงจะรู้สึกหงุดหงิดและเหนื่อยมากเลยนะครับ ขอบคุณที่มาฟังคุยกับพี่ในวันนี้นะครับ
วัยรุ่น	(เงียบ... มองพื้น)
พยาบาล	พี่เข้าใจว่ามันอาจจะยากที่จะพูดออกมาก่อนนี้ แต่พี่อยากรู้ว่าที่นี่ปลอดภัย ไม่มีใครตัดสินหนูเลยนะครับ พี่อยากรับฟังเรื่องราวของหนูอย่างแท้จริง ถ้าพร้อมเมื่อไหร่ ค่อยๆ เล่าให้ฟังได้เลยค่ะ
วัยรุ่น	...เพื่อนๆ เข้าหาหนู... วานนี้ไม่มีค่า... (เสียงเบาลง)
พยาบาล	การถูกพูดแบบนั้นมันเจ็บปวดมากๆ เลยนะครับ พี่ได้ยินว่าหนูรู้สึกเจ็บปวดจากคำพูดเหล่านั้นมาก จนอาจจะรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่าตามที่เข้าพูดไปจริงๆ พี่เข้าใจความรู้สึกนั้นเลยค่ะ (สะท้อนความรู้สึก)
พยาบาล	พี่ทราบเรื่องที่เกิดขึ้นกับการทำร้ายตัวเองที่ข้อมือแล้วนะครับ พี่เลี้ยงใจที่หนูต้องเจอด้วยความเจ็บปวดขนาดนั้น จนต้องหาวิธีระบายออกมากแบบนั้น พี่อยากรู้ว่า... ตอนที่หนูกำลังจะทำแบบนั้น สิ่งที่อยู่ในใจของหนูคืออะไรคะ?
วัยรุ่น	มัน... มันมีดปะฆดเลยค่ะ เหมือน... ถ้าไม่มีหนูอยู่ตรงนี้แล้ว ทุกอย่างคงจะดีขึ้น
พยาบาล	อืมม... เหมือนหนูรู้สึกว่าการทำหายไปของหนูจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นใช่ไหมคะ? แต่พี่อยากรู้หนูมองย้อนกลับไปหน่อยนะครับ การที่หนูเลือกที่จะกรีดข้อมือ... มันเป็นวิธีที่หนูพยายามบอกให้โลกรู้ถึงความเจ็บปวดที่หนูแบกรับไว้ใช่ไหมคะ?
วัยรุ่น	(เงยหน้าขึ้นเล็กน้อย) ...มั๊ค่ะ

พยาบาล	พิมองเห็นความกล้าหาญในตัวหนูนนะค่ะ ที่สามารถนั่งคุยกับพี่ได้ในวันนี้ ทั้งๆ ที่กำลังเจ็บปวดอยู่ พี่อยากรู้หนูรู้ว่าคำพูดของคนอื่น... ไม่ว่าจะเป็นใครก็ตาม... มันไม่สามารถนิยามคุณค่าในตัวหนูได้เลย
พยาบาล	พี่อยากรู้ว่า "ชีน ส่วนดีๆ" ในตัวหนูหน่อยค่ะ ไม่ต้องเป็นเรื่องยิ่งใหญ่ก็ได้นะค่ะ มีอะไรที่หนูชอบทำ หรือมีใครที่หนูเคยช่วยเข้าเล็กๆ น้อยๆ ได้บ้างไหมคะ?
วัยรุ่น	หนูชอบว่าดูรูปค่ะ... แต่พักนี้ไม่ได้ขาดเลย
พยาบาล	การว่าดูรูปเป็นทักษะที่ดีมากๆ เลยนะค่ะ นั่นคือสิ่งที่หนูมี และเป็นของหนูคนเดียว การว่าดูรูปทำให้หนูรู้สึกเป็นอย่างไรบ้างคะ?
วัยรุ่น	มันทำให้หนู... สงบตีค่ะ เมื่อมันได้อยู่คนเดียวในโลกของตัวเอง
พยาบาล	ดีเลยค่ะ ความสามารถในการสร้างสรรค์และทำให้ตัวเองสงบได้ด้วยคิลปะ นี่แหล่ะค่ะคือคุณค่าที่โดดเด่นของหนู ลองคิดดูสิคะ ว่าถ้าไม่มีหนู โลกใบนี้จะขาดผลงานคิลปะที่สวยงามจากหนูไปเลยนะ
พยาบาล	ถ้าหนูรู้สึกอยากรำขึ้นมาอีกครั้ง... พี่อยากรู้หนูลองหยุดหายใจเล็กๆ 5 ครั้ง แล้วหยิบตินสอขึ้นมาว่าดูรูปดูนะค่ะ ให้การว่าดูรูปเป็นการระบายความเจ็บปวดแทนการกรีดข้อมือ หนูคิดว่าพอจะทำได้ไหมคะ?
วัยรุ่น	จะลองดูค่ะ
พยาบาล	เยี่ยมเลยค่ะ! การพยายามเล็กๆ น้อยๆ นี่แหล่ะค่ะคือความกล้าหาญที่ยิ่งใหญ่ที่สุด และจำไว้นะค่ะว่าคุณค่าของหนูไม่ได้ขึ้นอยู่กับคำพูดของใครเลย แต่ขึ้นอยู่กับว่าหนูเป็นใคร และสิ่งที่หนูสามารถสร้างสรรค์ออกมาได้
พยาบาล	เรามาลองกำหนดเวลาที่จะว่าดูรูปสัก 10 นาทีในแต่ละวันดูไหมคะ? และครั้งหน้ามาเล่าให้พี่ฟังว่าผลงานเป็นอย่างไรบ้าง พี่อยากรู้นะค่ะ

## หลักการสำคัญที่ใช้ในบทสนทนานี้

- การสะท้อนความรู้สึก (Reflection):** พยาบาลทวนและยืนยันความรู้สึกของวัยรุ่น ("การถูกกดแบนนั่นเจ็บปวดมากๆ เลยนะครับ") เพื่อให้วัยรุ่นรู้สึกว่าได้รับการเข้าใจ
- การตีความใหม่ (Reframing):** พยาบาลเปลี่ยนมุมมองการทำลายตนเองให้เป็นการส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ ("...เป็นวิธีที่หนูพยายามบอกให้โลกรู้ถึงความเจ็บปวดที่หนูแบกรับไว้ใช่ไหมครับ?") เพื่อลดการทำลายตนเอง
- การเน้นจุดแข็ง (Strength-based Approach):** พยาบาลชี้ให้เห็นคุณสมบัติเชิงบวก เช่น ความกล้าหาญและความสามารถในการวางแผน (สร้างคุณค่าในตนเอง)
- การแยกคุณค่าออกจากปัจจัยภายนอก:** พยาบาลย้ำว่าคำพูดของผู้อื่นไม่สามารถนิยามคุณค่าของวัยรุ่นได้ (สร้างคุณค่าในตนเอง)
- การสร้างกลไกรับมือ (Coping Skills):** แนะนำกิจกรรมที่ช่วยจัดการกับอารมณ์ในทางที่สร้างสรรค์ (การวางแผนการทำลายตนเอง)

## บทสรุป

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้เชิงวิชาการและผลการวิจัยที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาการดูแลที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลงานใหม่มีความเประบากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงในระยะยาวหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ผลการวิจัยในปัจจุบันได้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจได้ การใช้เทคนิคการลีอฟาร์ที่เน้นการรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถระบุและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้

การนำองค์ความรู้จากการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ จะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และ

สามารถป้องกันผลกระทบในระยะยาวของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพัฒนาศักยภาพไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาวะในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

- นวีวรรณ สัตยธรรม, และ จันทร์สุข, และคุกร์ใจ เจริญสุข. (2565). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: โครงการสร้างสรรค์การวิชาการสถาบันพระมาราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ดาวใจ วัฒนลินธุ. (2564). วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. เชียงใหม่: หจก. วนิดาการพิมพ์.
- นันทกาน สุปรียาพร. (2566). สุขภาพจิตโรงเรียน : แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่น. วารสารครุศาสตร์พัฒนกรรมมหาวิทยาลัย, 51(1), 1–13.
- นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ, นิตา ลิ่มสุวรรณ, ศิริโชค หงษ์ลงวนศรี, และบัญญัติ ยงยุwan. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 66(1), 53–68.
- ยาใจ ลิทธิมคง, พวงเพชร เกสรลุมพุทร, นพพร วงศ์ลิริมาศ, และอุทิตยา พรชัยเกตุ โควยอง. (2561). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2567). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(1), 72–82.
- สายฝน เอกภาราภูร. (2565). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 7). นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยยะลา.

กุมринทร อินชัวนี, ชนานันท์ แสงปาก และ สุภาพ เหมือนชู. (2560). การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(2) พฤษภาคม - สิงหาคม: 14–27.

โปรดยทิพย์ สันตะพันธุ์, คิริณพร บุสหงส์, ชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล Adolescent Depression: Nursing Roles. วารสารเกื้อการรู้คน, 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: การเสริมสร้างความเข้มแข็งแกร่งในชีวิต

### วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. ประยุกต์ใช้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

### เนื้อหา

#### การนำวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ธันยพร บัวเหลือง, พิมรัตน์ ໂທກຸລ, ກມລົນຈາ ອນນັຕ ແລະ ຍຸງ ເຊວນພິພັດນ (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

ทางใจสูงกว่ากากลุ่มควบคุม อายุร่วมมั่นยังสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของ Grotberg องค์ประกอบที่ 1 ‘I am’ (ฉันเป็นคนที่...) ความเข้มแข็งภายในจิตใจ กิจกรรมที่ 1 ฉันคือใคร... กิจกรรมที่ 2 ความเชื่อและความงามภายในใจฉัน องค์ประกอบที่ 2 ‘I have’ (ฉันมี...) แหล่งสนับสนุนจากภายนอก กิจกรรมที่ 3 คนสำคัญของหัวใจ กิจกรรมที่ 4 โอดอล คนบันดาลใจ องค์ประกอบที่ 3 ‘I can’ (ฉันสามารถที่จะ...) ทักษะ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 จากอดีตสู่ปัจจุบัน ฉันทำได้ และกิจกรรมที่ 6 ชีวิตที่มีเป้าหมาย และจากการศึกษาของ สุภารัตน์ อนติกุลวงศ์, ปราการิต พูลวงศ์, จากรุวรรณ ก้านศรี และภัทรวดี ศรีนวล (2567) ได้ทำการศึกษาวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ กึ่งทดลอง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน กลุ่มเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบวัดภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต และโปรแกรมเสริมสร้าง ความแข็งแกร่งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ ) 2) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน ความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ ) นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของ สมดี อนันต์ปฏิเวช, ธัญญา รักษา และบุญไวย และสุกัญญา แก่นyu เหลืออม (2565) ได้ทำการศึกษาวิจัยด้านการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต พบร่วม การป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นดำเนินการใน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นปกติ วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง และ วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประลิทธิภาพ คือ การสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบอยู่ ได้แก่ ฉันมี ฉัน เป็น และฉันสามารถ ซึ่งองค์ประกอบอยู่ของความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับ

ปัจจัยเชิงบวก 5 ด้าน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการรู้คิดเชิงปริหาร ความเข้มแข็งในการมองโลก การมีสติ และทักษะการแก้ปัญหา และจากการศึกษาของ ชนก ชนม์ โศตรสมบัติ และชูชาติ วงศ์อนุชิต (2567) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดชั้นในครั้งนี้ ประชากรในการวิจัยคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 15 – 18 ปี ที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง (42 ราย) ซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (42 ราย) ได้รับการดูแลด้วยระบบการช่วยเหลือตามปกติในโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย และแบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ซึ่งใช้เก็บข้อมูลในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง คือ การทดสอบค่าที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดชี้ทางเดียว และการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอร์โรนี ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการทดลองทันที โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองลดลง ( $p=.004$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $p=.020$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันกลุ่มทดลองมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p=.013$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $p=.013$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่พึงประสงค์ดังกล่าวไม่สามารถคงอยู่นานไปจนถึงระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐกาน สงวนวงศ์, สุกัญญา บุญศรี, สายพิน สีหรักษ์, ทศนัย สมเลียง และอภิชาติ มุกดาวัง (2568) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และการพื้นพลังทางจิตใจ (Resilience) ในมุมมองจิตวิทยาเชิงบวก การพื้นพลังทางจิตใจได้รับการอธิบายทั้งในลักษณะที่เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวโดยสามารถพื้นทางจิตใจตนเองได้ หรือเป็นกระบวนการของการพื้นพลังทางจิตใจ หรือเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดี อย่างโดยย่างหนึ่ง หรือมีลักษณะที่สมผasan กัน โดยประเด็นสำคัญ

คือ การให้ ความสำคัญกับความสามารถของบุคคลในการก้าวผ่านความท้าทายในชีวิต สามารถรักษาสมดุลทางจิตใจ มีมุมมอง ที่สมดุล มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง สามารถควบคุมตนเองทั้งทางความคิด ภาระณ์และพฤติกรรม สามารถปรับตัวได้อย่างดีและลำเร็ว แม้จะต้องเผชิญกับความทุกข์ยาก ความตึงเครียดที่หนักหน่วง หรือสถานการณ์ที่กดดันและคุกคามในชีวิต โดยปัจจัยที่ช่วยในการปรับตัวกับความทุกข์ได้มากจากความยืดหยุ่นทาง จิตใจ มุ่งมองในภาระของโลก ท่าทีในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และมีการสนับสนุนทาง สังคม (Liu, J. J. et al., 2023); (นันท์ ชัตสันน์ อกูลพงศ์, 2565) ความสามารถในการพื้นพลังทางจิตใจเป็นปัจจัยที่ช่วยลดผลกระทบจากการเครียด และส่งเสริมการปรับตัวที่ดี ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากกระบวนการนี้ เป็นผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดี (Hofgaard, L. S. et al., 2021) ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยทางจิตวิทยาแสดงให้เห็นว่าทรัพยากรและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ในเชิงบวกเป็นสิ่งที่สามารถปลูกฝังและฝึกฝนได้ ทั้งนี้ องค์ประกอบของ การพื้นพลังทาง จิตใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ I am สิ่งที่ตนเป็น I can สิ่งที่ตนทำได้ และ I Have สิ่งที่ตนมี คือ 1. ความสามารถในการรู้ตัว (I am: สิ่งที่ตนเป็น) หมายถึง ความสามารถที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล เป็นลักษณะ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งของบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึก ทัศนคติ และความเชื่อภายในตัวของบุคคล การยอมรับสิ่ง ที่ เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเข้าใจตัวตนของ ตนเอง 2. ความสามารถในการปรับตัว (I have: สิ่งที่ตนมี) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก ทั้งสภาพแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง โดยยอมรับการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต และสามารถ จัดการปัญหาได้ 3. ความสามารถในการพื้นตัว (I can: สิ่งที่ตนทำได้) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมองเห็น ศักยภาพภายในตัวเอง และสามารถนำมายield เมื่อ เพิ่มภาระทั้งความสามารถในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อช่วยในการจัดการแก้ไขปัญหาได้ จากเอกสารงานวิจัย ของธีรภัทร์ ลักษณ์นัยนาวิน และเออมอชณา วัฒนบุราวนันท์ (2565) ยืนยันว่า การพื้นพลัง ทางจิตใจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า นักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่ จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ, 2563) โดยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่เผชิญ

กับความเครียดในระดับสูงยังสามารถแสดงออกถึงการฟื้นฟั่งทางจิตใจได้ และบุคคลที่อยู่กับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดเป็นเวลานานนั้น มีคนเพียงร้อยละ 10 – 20 เท่านั้นที่จะพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชรวมทั้งโรคซึมเศร้า ขณะที่คนส่วนใหญ่สามารถฟื้นฟั่งทางจิตใจต่อความเครียด การส่งเสริมการฟื้นฟั่งทางจิตใจนี้ จึงเป็นกลยุทธ์ทางเลือกหนึ่งที่ได้ช่วยในการรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Han, M. H. & Nestler, E. J., 2017) และสำหรับวัยรุ่นที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความสามารถในการฟื้นฟั่งทางจิตใจ ในด้านความพึงพอใจในชีวิตและการมองโลกในแง่ดี อาจเป็นตัวช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเมื่อเชิงของการซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงได้ การฟื้นฟั่งทางจิตใจ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรศึกษาและควรส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟั่งทางจิตใจ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่ถือว่ากำลังเชิงวิกฤติชีวิต ให้สามารถฟื้นฟูใจตนเอง ทำให้ปรับเปลี่ยน ความคิด ปรับอารมณ์ ปรับการกระทำ และปรับเปลี่ยน สามารถมีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟั่งทางจิตใจนี้ จึงเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับบุคลากรทางการศึกษาร่วมทั้งครอบครัวที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของวัยรุ่นและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

## บทสรุป

การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ การศึกษาวิจัยในปัจจุบันได้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่า การพัฒนาทักษะด้านความสามารถในการเชิงบวก การปรับตัวต่อความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ที่สนับสนุนอย่างมีคุณภาพ ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวทางการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลวัยรุ่นจำเป็นต้องบูรณาการองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชา ทั้งจิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และการพยาบาล เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล และชุมชน พยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ให้การดูแลที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่น ควรมีบทบาทเชิงรุกใน

การประเมินความเสี่ยงทางจิตสังคม ส่งเสริมปัจจัยป้องกันที่มีอยู่ และจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนา Resilience อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การประยุกต์ใช้ผลการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะสั้นเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการมีสุขภาวะจิตที่ดีในระยะยาว ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพของวัยรุ่นในฐานะทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศต่อไปในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

- ชนกานต์ โศตรสมบัติ และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2567). ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(3), 266–281.
- ณัฐกา สงวนวงศ์, สุกัญญา บุญศรี, สายพิน ลีหรักษ์, ทัศนีย์ สมเลี่ยง, และอภิชาติ มุกดามวงศ์. (2568). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและการพัฒนาทางจิตใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 12(1), 236–245.
- ธันยพร บัวเหลือง, พิมรัตน์ ໂທກຸລ, กมลณิชา อนันต์, และยุรี เชawanพิพัฒน์. (2566). ผลของการโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(2), 98–105.
- ธีรวัท ลักษณณิยนาวิน และเอมอัชณา วัฒนบูรณ์. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 59–73.
- นันท์ชัตสันธ์ ศกุลพงศ์. (2565). *จิตวิทยาเชิงบวก: หลักการพัฒนานาและ การประยุกต์*. กรุงเทพมหานคร: โรจนพ รินท์ดิ๊ง.
- ประวิชาติ เมืองขวา และคณะ. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญ สำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104–116.

- ສຸກາຮ້ຕນໍ້ ອກິດີກຸລວງໜ້, ປະກາຄືຕ ພູລວງໜ້, ຈາກຸງວຽກ ກໍານຄວີ ແລະ ກັທງວິດ ຕຣີນວລ. (2567). ພລຂອງໂປຣແກຣມກາເລີຣິມສຣາງຄວາມແຂ້ງແກ່ງທາງໃຈຕ້ອງຄວາມເຄົ່າຍຸດ ແລະ ກາວະຊີມເສຣາຂອງນັກຄືກົມພາບາລຄສຕຣບັນທຶກ ສຖານຄືກົມພາແໜ່ງໜຶ່ງ. *ວາරສາຮກກາເລີຈິຕເວັບແລະສຸຂພາພຈິຕ*, 38(3), 87–101.
- ສມດີ ອນັນຕີປົງວິເວົງ, ຂັ້ນຢູ່ກັກໍາ ແລະ ນຸ່ງໃຫຍ່ ແລະ ສຸກັ້ນຢູ່ ແກ້ນຢູ່ເໜືອມ. (2565). ການ ປ້ອງກັນກາວະຊີມເສຣາໃນວ່າງໝູນ : ການເລີຣິມສຣາງຄວາມແຂ້ງແກ່ງໃນເຊີວິຕ. *ວາරສາຮ ພຍາບາລຕໍ່າວວຈ*, 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
- ความตั้งใจและสมานิ 21
- การตัดสินใจ (Judgment) 22
- การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (Insight) 23–24

### การสัมภาษณ์ 13–14

- การซักประวัติ 13
- แนวทางการสัมภาษณ์ป่วยจิตเวช 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

- บทบาทการพื้นฟู 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

นางสาวธันยพร บัวเหลือง  
Miss Thanyaporn Bualuang



### ประวัติการศึกษา

- ระดับปริญญาโท:** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต<sup>๑</sup>  
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี (พ.ศ. 2561)
- ระดับปริญญาตรี:** พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดบุรี (พ.ศ. 2555)

### ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2567–ปัจจุบัน หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดบุรี คณะพยาบาล  
ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- อาชารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช  
และสุขภาพจิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- พ.ศ. 2565–ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดบุรี คณะพยาบาล  
ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- พ.ศ. 2555 อาชารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต  
เวช วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัษมณ นามวงศ์  
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 สาขาวุฒิภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ระดับปริญญาตรี: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดปทุมธานี

### ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2566-ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช และสาขาวุฒิภาพจิต
- พ.ศ. 2567 ประธานหลักสูตรอบรมเฉพาะทางการจัดการโรคเรื้อรัง
- พ.ศ. 2563-2566 หัวหน้างานลิํงสนับสนุนการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดปทุมธานี
- พ.ศ. 2559-2562 หัวหน้างานคุณย์ความเป็นเลิศด้านโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดปทุมธานี
- พ.ศ. 2536 อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดปทุมธานี



นางสาวพิมพ์รัตน์ โถกุล

Miss Pimrat Tokun

### ประวัติการศึกษา

- ระดับปริญญาโท:** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
(พ.ศ. 2561)
- ระดับปริญญาตรี:** พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนานาชาติอเอเชีย-แปซิฟิก (พ.ศ. 2555)

### ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2555-2562 พยาบาลประจำห้องปฏิบัติฯ ปฐมวัยวิกฤต โรคทางสมอง และระบบประสาท (Neurological Intensive Care Unit)  
โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่
- พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดนนทบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระมาราชชนก