

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ศึกษาได้ศึกษาและค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้โดยนำเสนอเนื้อหาที่ครอบคลุมดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

- 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
- 1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 2.5 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 2.6 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
- 2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 2.8 ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนในสถานศึกษา
- 2.9 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

- 3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่น
- 3.2 ความสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่น
- 3.3 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

- 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 แหล่งพลังอำนาจ
- 4.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า
- 4.5 การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Teenage) หมายถึง วัยที่มีอายุเป็นตัวเลขลงท้ายด้วยคำในภาษาอังกฤษว่า teen คือ มีอายุอยู่ในช่วง 13-19 ปี

คำว่า “วัยรุ่น” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Adolescence มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Adolexere ซึ่งหมายถึง การเจริญสู่วุฒิภาวะ (To grow or to grow to maturity) (สุชา จันทรเฒ, 2540)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย คือ มีการเจริญเติบโตในด้านความสูงและน้ำหนัก รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ โดยจะมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์และพร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ คือ มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมมากขึ้น รวมถึงมีพัฒนาการด้านสังคม คือ มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาคือครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งตนเอง

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ให้ความหมายวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จากวัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ตามด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลตนเองได้

Kosky, Eshkevari & Carr (1991) กล่าวว่า วัยรุ่นตามความหมายพจนานุกรมอังกฤษว่า เป็นระยะของการพัฒนามนุษย์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเริ่มต้นของวัยหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่

Roger (1991) ให้ความหมายของวัยรุ่น โดยพิจารณาจากเกณฑ์ทางด้านร่างกาย ช่วงอายุ และเกณฑ์ทางสังคม ซึ่งเกณฑ์ทางด้านร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 2 อย่างคือ เสียงเปลี่ยน โดยเด็กชายจะเสียงแตกห้าว เด็กหญิงจะเสียงแหลมขึ้น มีขนขึ้นตามที่ต่างๆ สัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน และเด็กชายมีการหลั่งน้ำกามครั้งแรก ส่วนเกณฑ์ตามช่วงอายุนี้อาจไม่ตรงกับสภาพความจริงเพราะการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของเด็กแต่ละคนเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นไม่พร้อมกัน

วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescent) หญิงอายุ 13-15 ปี ชายอายุ 15-17 ปี

วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescent) หญิงอายุ 15-18 ปี ชายอายุ 17-19 ปี

วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescent) หญิงอายุ 18-21 ปี ชายอายุ 19-21 ปี

ซึ่งโดยเฉลี่ย อายุระหว่าง 10-19 ปี

สรุป วัยรุ่นหมายถึง วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นช่วงชีวิตระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้วัยที่ต้องรับผิดชอบ และพึ่งพาตัวเอง

1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จึงถือเป็นวัยที่สำคัญที่มีความวิกฤตมากที่สุดวัยหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นวัยแห่งการค้นหาเพื่อสร้างความเป็นตัวของตัวเอง และมีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งเพศเดียวกันและเพศตรงข้าม มีพัฒนาการแยกห่างจากครอบครัว มีความรู้สึกอยากอิสระมากขึ้น ซึ่งพัฒนาการของวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้มีลักษณะดังต่อไปนี้ (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535)

1.2.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยแรกเริ่ม เด็กหญิงอายุ ประมาณ 11-13 ปี และเด็กชาย ประมาณ 13-15 ปี จะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายเร็วมาก ทั้งในด้านความสูง น้ำหนัก รูปร่าง หน้าตา และลักษณะเพศในขั้นทุติยภูมิ (Secondary Sexual Characteristics) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอวัยวะสืบพันธุ์ภายในและภายนอกกล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งฮอร์โมนที่สำคัญได้แก่ ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (Pituitary Glands) ทำให้มีการเจริญของอวัยวะเพศและลักษณะเพศขั้นทุติยภูมิ เพศหญิงรังไข่จะผลิตไข่สุก และเพศชายจะเริ่มผลิตน้ำสุจิ มีขนาดและสัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ต่อมหมวกไต(Adrenal Glands) หลั่งฮอร์โมน Estrogens และ Androgens ทั้งในวัยรุ่นชายและหญิง ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองกระตุ้นให้ต่อมเพศผลิต Estrogens ในเพศหญิง และ Androgens ในวัยรุ่นเพศชายและหญิง ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองกระตุ้นให้ต่อมเพศผลิต Estrogens ในเพศหญิง และผลิต Androgens ในเพศชาย จากการที่ฮอร์โมนเพศแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ทำให้ลักษณะเฉพาะเพศขั้นทุติยภูมิของหญิงและชาย มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพศหญิงมีทรวงอกและสะโพกผาย เริ่มมีประจำเดือน ส่วนเพศชายมีเสียงแตก มีหนวดเครา มีขนตามแขนและหน้าอก ผิวหนังมีต่อมขี้ผึ้ง และมีต่อมไขมันที่หน้ามากขึ้น ทำให้มีสิ่ว กล้ามเนื้อและกระดูกจะเพิ่มขนาดและแข็งแรงขึ้น รูปร่างจะเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มีผลต่อจิตใจและการปรับตัวในสังคมของเด็กวัยรุ่น

1.2.2 พัฒนาการทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้อารมณ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง ไม่มั่นคง มักเกิดอารมณ์กลัว วิตกกังวล ริษยา โกรธ ฯลฯ ซึ่งอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ และการเรียนรู้ ซึ่งภาวะอารมณ์ควบคุมอารมณ์ต่างๆนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพดีเท่าเทียมกับผู้ใหญ่ และเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์รุนแรง ฉะนั้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากระทบ เป็นเหตุให้มีสภาพอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้น เช่น ความโกรธ ที่เกิดจากการถูก

ล้อเลียน การถูกลงโทษที่ไม่เป็นธรรม การถูกขัดขวางจากบุคคลอื่น เป็นต้น เด็กวัยรุ่นจะแสดงพฤติกรรมออกมามากกว่าปกติ เช่น ขังตัวอยู่คนเดียว เดินกระต๊อบเท้า หนีออกจากบ้าน ซึ่งพฤติกรรมนี้แตกต่างไปจากพฤติกรรมในวัยเด็ก ที่แสดงออกโดยการตะโกน กรีดร้อง ขว้างปาข้าวของ อันเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยตรง ส่วนสภาพอารมณ์ที่เห็นได้บ่อยในวัยรุ่นทั่วไป คือ ความวิตกกังวล ความกลัว โดยอาจจะแปรสภาพเป็นความอาย ไม่กล้าเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ขาดความมั่นใจในตัวเอง ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลในวัยรุ่นมักมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเรียน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ซึ่งความกลัวของวัยรุ่นนี้แตกต่างกันไปตามสภาพสังคมที่มีความคาดหวังต่างๆกันออกไป

1.2.3 พัฒนาการทางความคิดและเชาว์ปัญญา ในเด็กอายุประมาณ 11-12 ปี จะมีการเจริญเติบโตของสมองและระบบประสาทส่วนที่ทำหน้าที่คิด มีความคิดอย่างเป็นระบบและคิดแบบนามธรรม (Abstract) ได้ มีการพัฒนาความคิดให้เป็นไปในรูปแบบความคิดของผู้ใหญ่ เมื่ออายุประมาณ 20 ปี ความคิดจะมีความสมบูรณ์เต็มที่ แม้ว่าจะยังด้อยในประสบการณ์และความชำนาญในการใช้ความคิดน้อยกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งในบางครั้งบางคราวแม้ว่าวัยรุ่นจะสามารถคิดหาเหตุผลได้ในทุกระดับ แต่เนื่องจากการขาดประสบการณ์ที่เอื้อให้ความคิดที่ตนเห็นว่าถูกต้อง สมเหตุสมผล กลับกลายเป็นข้อขัดแย้งของวัยรุ่นกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์มากกว่าเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจะสามารถแยกแยะความแตกต่างในด้านความจริง และความคิดของบุคคลต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้ง เมื่อประสบการณ์เพิ่มขึ้น เป็นเหตุทำให้ช่องว่างระหว่างความคิดของวัยรุ่นกับบุคคลอื่นๆ ลดลง ซึ่งถือว่ามีวุฒิภาวะทางความคิดสมบูรณ์

1.2.4 พัฒนาการทางจริยธรรม ในช่วงวัยรุ่นเริ่มมีมโนคติด้านจริยธรรมในระดับสูงขึ้น โดยเริ่มจากในวัยแรกเริ่มจะกระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายเกณฑ์ของสังคม กลุ่มเพื่อน และความคาดหวังของครอบครัว วัยรุ่นต้องเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างค่านิยมที่ตนได้รับจากครอบครัว กับค่านิยมของสังคมภายนอก ในวัยรุ่นนี้เด็กจะต้องพยายามปรับตัว เพื่อค้นหาสิ่งที่คุณเองจะยึดไว้เป็นหลักปฏิบัติ ความเข้าใจคุณค่าของวัฒนธรรม ประเพณีและความสนใจในศาสนา ปรัชญาและอุดมคติอย่างสมเหตุสมผลของวัยรุ่น ประกอบกับการปฏิบัติตนและการส่งเสริมเหตุผลเชิงจริยธรรมของผู้ใหญ่ ทั้งจากครอบครัว สถาบันศึกษา และในสังคมทั่วไปจะช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้และประพฤตินในทางที่ถูกต้อง ในวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายควรมีพัฒนาการทางจริยธรรมในระดับสูงขึ้น คือ การกระทำสิ่งต่างๆตามกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม ขอมรับในสิทธิหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น แม้ว่าในบางครั้งอาจมีความขัดแย้งกันระหว่างหลักเกณฑ์ที่สังคมยอมรับ แต่วัยรุ่นก็สามารถที่จะใช้เหตุผลและมโนธรรมของตน ที่จะตัดสินใจเลือกการกระทำได้

1.2.5 พัฒนาการทางสังคม วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังแสวงหาความเป็นอิสระให้กับตนเอง เพื่อต้องการแสดงให้คนอื่นรู้ว่าตนเป็นผู้ใหญ่แล้ว แต่ในขณะที่เดียวกันก็ยังไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ ลักษณะพฤติกรรมทางสังคมในวัยรุ่นสามารถสรุปได้ดังนี้

1) วัยรุ่นมีความสนใจ มีความสุขที่จะได้อยู่กับเพื่อนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ค่านิยม ทักษะคติ ความเชื่อ ความสามารถ พื้นฐานทางนิสัย ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ใกล้เคียงกัน ซึ่งการตัดสินใจต่างๆในการดำเนินชีวิต เช่น การเลือกวิชาเรียน หรือสถาบันการเรียน การแต่งตัว การประพฤติปฏิบัติตัว มักอยู่ใต้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ ผู้ปกครอง

2) วัยรุ่นมีความสนใจในการคบเพื่อนต่างเพศ เนื่องจากการพัฒนาทางทฤษฎีทางเพศ ทำให้เด็กวัยรุ่นมีความปรารถนาที่จะมีเพื่อนต่างเพศมากกว่าในช่วงวัยเด็ก การที่เด็กวัยรุ่นได้มีการคบหากับเพื่อนต่างเพศ เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการตามวัยของเขาและเป็นการฝึกให้เด็กได้เรียนรู้บทบาทอย่างหญิงและชายในเรื่องอาชีพ และเรื่องในชีวิตคู่ในภายภาคหน้า

3) วัยรุ่นจะมีการพัฒนาความรู้สึกในการนับถือคนเก่ง (Heroic Worship) ซึ่งการพัฒนาด้านความรู้สึกนี้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นในแง่มุมต่างๆ เช่น การยอมทำตามผู้นำ การถูกชักจูงโดยผู้นำที่ตนนับถืออย่างปราศจากเหตุผลที่แท้จริง การรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่ออุดมการณ์บางอย่าง เป็นต้น

ดวงใจ กษานติกุล (2536) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของวัยรุ่น ตามช่วงอายุของวัยรุ่น โดยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Pubertal phase) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก ซึ่งมีช่วงเวลานานประมาณ 2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 11-13 ปี มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้อารมณ์แปรปรวน

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Transitional Phase) อายุ 14-16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้ง (Abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์ และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Adolescent Proper) อายุ 17-19 ปี เริ่มจากการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (Puberty) ประมาณ 4 ปี เป็นเวลาของการฝึกวิชาชีพ ตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสมและการมีความสัมพันธ์แบบผูกพันแน่นแฟ้น (Intimacy) ลักษณะดังกล่าวอาจคาบเกี่ยวกันได้ในแต่ละช่วง

Sigmund Freud (1966 อ้างใน ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของจิตใจในวัยต่างๆ ไว้ในทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจ (Development Theory) โดยแบ่งตามพัฒนาการทางเพศ (Psychosexual Development) ซึ่งในช่วงระยะวัยรุ่น (Adolescence or Genital Stage) มีอายุระหว่าง 13-15 ปี ในวัยรุ่นนี้มีความสนใจในเรื่องเพศ มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศและมีลักษณะทางเพศที่บรรลุนิติภาวะที่สมบูรณ์ ในขั้นทุติยภูมิ (Secondary Sexual Characteristics) ต่อมาเพศเจริญเต็มที่ วัยนี้มีความสนใจในเรื่องต่างเพศ ความสัมพันธ์กับบิดามารดาจะลดลง และมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเตรียมตัวที่จะเป็นผู้ใหญ่ต่อไป วัยรุ่นพยายามเลียนแบบคนเพศเดียวกันกับ

ตน โดนเฉพาะการแสวงหาบุคคลที่ตนนิยม นอกจากนี้ Freud ยังกล่าวถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดาว่าเป็นรากฐานของความสัมพันธ์อื่นๆ ของบุคคลนั้น เมื่อวัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ประสบการณ์ในแต่ละวัยของพัฒนาการเป็นสิ่งที่สำคัญที่มีผลต่อลักษณะบุคลิกภาพ พฤติกรรม และพยาธิสภาพของจิต ความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการจะมีผลต่อพัฒนาการในแต่ละระดับต่อไป

Erik Erikson (1968 อ้างใน ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) ได้กล่าวถึงพัฒนาการเชิงมนุษย์ ไว้ในทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial or Epigenetic Theory) ว่าพัฒนาการของมนุษย์ในแต่ละวัย มีอิทธิพลของสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพัฒนาการ ดังนั้นพัฒนาการจะดำเนินไปได้ตามปกติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับสังคม ซึ่งมีผลกระทบเช่นเดียวกับอิทธิพลของความขัดแย้งระหว่างส่วนต่างๆภายในจิตใจ โดยวัยรุ่นจัดอยู่ในช่วงอายุ 13-20 ปี เป็นระยะของการสร้างความเป็นตนเอง หรือการไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง การเจริญเติบโตของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของสังคมของวัยรุ่นทำให้เกิดความลำบากใจในการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นมาก ความสงสัย ความไม่แน่ใจ ข้อขัดแย้งต่างๆ และความรู้สึกต่อตนเองที่ตกค้างมาจากวัยก่อนหน้านี้อาจกลับมาเป็นบทบาท และอิทธิพลด้านจริยธรรมและบทบาทในสังคม รวมทั้งความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่และผู้ร่วมวัย เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้และฝึกสร้างให้เกิดขึ้น ความต้องการเป็นตัวของตัวเองจะค่อยๆพัฒนามากขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกต้องการเป็นตัวของตัวเอง และเกิดต่อต้านผู้ใหญ่ แม้ในบางขณะก็มีความลังเลในความต้องการของตนเอง ซึ่งความต้องการเป็นสมาชิกของสังคมและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่บางคนอาจมีมากเกินไป จนทำให้มีการเรียนแบบการกระทำของเพื่อนในกลุ่มโดยขาดเหตุผล จึงทำให้วัยรุ่นนี้มีปัญหาในเรื่องความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งส่วนมากก็จะแก้ไขได้ในที่สุด และทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไป

1.3 แบบแผนทางอารมณ์ที่สำคัญในช่วงวัยรุ่น (Emotional Pattern) (ช่อเพชร เบ้าเงิน, 2538)

1.3.1 โกรธ (Anger) ส่วนมากวัยรุ่นจะแสดงอารมณ์ที่เลยเถิดไป ลักษณะการตอบสนองอารมณ์โกรธที่พบได้บ่อยคือ การไม่พูดจา ไม่ทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่บอกให้เขาทำ การที่วัยรุ่นจะแสดงปฏิกิริยาออกมาอย่างไรเมื่อเขาโกรธนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคมที่เขาสัมผัสมา ในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มักจะแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม คือ แสดงความก้าวร้าวโดยตรงกับพ่อแม่

1.3.2 กลัว (Fear) วัยรุ่นจะรู้สึกอายในการแสดงออกทุกอย่าง ยกเว้นแต่กับเพื่อนสนิท เขาต้องการที่จะทำในสิ่งที่ดีกับคนแปลกหน้าและสมาชิกที่เป็นเพศตรงข้าม แต่เขาขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงมีความรู้สึกไม่สบายใจ กลัวคนวิพากษ์วิจารณ์ว่าตนเองไม่ดี และมักจะเคอะเขินเมื่อต้องการแสดงท่าทางเหมือนผู้ใหญ่

1.3.3 กังวล (Worry) ในวัยรุ่นมักพบว่า ความกังวลที่พบได้บ่อยคือ เรื่องการเรียน การสอบ การขาดสอบ รูปร่างหน้าตาของตนเองโดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง การขาดความเข้าใจ ระหว่างพ่อแม่ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนชายและหญิง การยากลำบากในการคบเพื่อน สถานที่ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่จะขาดความบันเทิง และขาดการควบคุมอารมณ์

1.3.4 ริษยา (Jealousy) วัยรุ่นมักริษยากลุ่มเพื่อนที่ได้สิทธิพิเศษ ผู้ที่ประสบความสำเร็จมากกว่าเขาในการทำงานที่โรงเรียนหรือแข็งแรงกว่า

1.3.5 อิจฉา (Envy) ในวัยรุ่นจะเป็นลักษณะของความปรารถนา โลก อยากได้ ไม่เพียงแต่ต้องการสิ่งต่างๆเหมือนกับที่เพื่อนมี แต่วัยรุ่นยังต้องการของที่ดีเหมือนกับเพื่อนอีกด้วย

1.3.6 ความรัก (Affection) วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อบุคคลที่เขารู้สึกมั่นคง วัยรุ่นจะพยายามทำสิ่งที่เขาสามารถทำได้เพื่อให้บุคคลที่เขารักมีความสุข วัยรุ่นมักแสดงความพอใจโดยการเฝ้ามอง และคอยฟังคนที่เขารักด้วยความสนใจอย่างจริงจัง และยิ้มแย้มอยู่เสมอเมื่ออยู่กับคนที่เขารัก

1.3.7 รื่นเริง (Joy) ความสนุกสนานของวัยรุ่นจะมาจากการปรับตัวที่ดีของวัยรุ่น ต่อการทำงานและสภาพสังคมของเขาจากความสามารถในการที่จะได้รับความสนุกสนานใน สภาพการณ์ต่างๆ การปล่อยอารมณ์ที่อัดอั้นอยู่ภายในจากความกังวล ความโกรธ ความอิจฉา และ จากความรู้สึกว่าตนเองเหมือนคนอื่น

1.3.8 ความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น ในสิ่งใหม่ๆ ทุกอย่าง อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับเพศตรงข้าม เกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งวัยนี้จะเรียนรู้เรื่องเหล่านี้จากโรงเรียน เพื่อน ครู สังคมภายนอก และสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบตัว

เห็นได้ว่าสภาพอารมณ์ของวัยรุ่นมีความหลากหลาย ถ้าวัยรุ่นสามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาพการณ์เหล่านั้น รวมทั้งสภาพแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง ปกติ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งดังกล่าวได้ปัญหาต่างๆก็จะเกิดขึ้นตามมา

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beeber (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์ออก มากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลก ในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคนอื่นลด น้อยลง

Beck (1967) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้าน จิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและ

พฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในด้านการลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม ในทางเชื่องช้าลง (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

Gordon (1999) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน และควรได้รับการบำบัด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดโดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธสังคม อ่อนเพลีย หดหู่ อยากตาย

ดวงใจ กษานติกุล (2536) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือนุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง และแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (Affect of States) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ผิดปกติ (Mood or Trait) คือ คงทน และระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาทางการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่างๆ (Secondary depression)

3. เป็นโรคจิตโดยตรง (Primary Affective Disorder) โดยมีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (Mood disorder) ซึ่งจำแนกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้า หรือ Hypomania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วยได้แก่

3.1 อาการทางจิตสรีระ (Psychophysiologic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

3.2 อาการทางความคิด (Cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ขี้หลงขี้ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3 อาการทางพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หมดเร็วแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวัง มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า มีสัมพันธภาพกับคนอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม

2.2 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการสร้างเอกลักษณ์กับการสับสนในตนเอง จากการทำวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความต้องการทางเพศ เริ่มสนใจเรื่องความรักกับเพื่อนต่างเพศ การเรียนรู้ที่จะกระทำภารกิจอย่างผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาจะแสดงออกให้ปรากฏแก่สายตาคนอื่นกับสิ่งที่พวกเขารู้สึกหรือสิ่งที่พวกเขาเป็นอยู่ (Erikson, 1963) จากการทำวัยรุ่นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ก่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นการสอบที่โรงเรียน การแต่งตัว ทรงผม เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยเฉพาะเพื่อนต่างเพศ หรือการทำตามความคาดหวังของบุคคลอื่น ทำให้วัยรุ่นมักมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ไม่มั่นคง อาจนำมาซึ่งอาการแสดงต่างๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลดังกล่าว เช่น หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน หากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เหล่านี้รุนแรงมากขึ้นก็จะกลายเป็นปัญหาทางอารมณ์ได้ และเมื่อมีอาการแสดงหลายๆอย่างเกิดร่วมกันก็จะเป็นมูลเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rawlins & Heacock, 1993) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มที่จะปกปิดภาวะซึมเศร้าของตนเองโดยการแสดงออกในลักษณะปัญหาทางพฤติกรรม ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นกลไกการป้องกันตัวโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการของวัยรุ่นที่จะปกป้องตนเองจากความรู้สึกหรือการแสดงออกถึงความอ่อนแอหรือต้องการการพึ่งพา ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการเบื่อหน่ายการเรียน เกียจคร้าน หนีโรงเรียน การเรียนตกต่ำ เข้ากับเพื่อนๆ ไม่ได้ มีพฤติกรรมแบบอันธพาล มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นหัน ไปดื่มเหล้าและนำไปสู่การคิดฆ่าหรือยาเสพติดชนิดอื่นต่อไปได้ และผลกระทบที่เป็นอันตรายที่สุดคือการฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2528)

วัยรุ่นทุกคนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงแม้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกเศร้าและผิดหวังเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวตามปกติของพัฒนาการ แต่อารมณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ มักจะเป็นอยู่ไม่กี่ชั่วโมงมากกว่าจะคงอยู่เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน แต่เมื่อความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นเวลานาน เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือก่อให้เกิดผลเสียตามมา ก็ไม่อาจมองว่าเป็นเรื่องปกติต่อไปได้ (Morgan, 1994) ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราการตายที่สูงในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพบว่ามีความชุกสูง (วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) เช่น พบร้อยละ 40.8 ในนักเรียนมัธยมต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ร้อยละ 35.5 ใน

นักเรียนมัธยมศึกษา ของเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ (สกล ด้านภักดี, 2542) การแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยในขณะที่ผู้ใหญ่แสดงออกและมีท่าทางเศร้า โดดเดี่ยว ปฏิเสธ คอตก มีอาการทางประสาท พุดถึงความรู้สึกเศร้าโศกหรือหมกหมอง แต่วัยรุ่นมักจะปิดบัง ภาวะซึมเศร้าของตนเอง โดยการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ได้นั้นมีความสัมพันธ์กับการถอนตัวจากสังคมของกลุ่มเพื่อน และครอบครัว รวมทั้งการมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นก็จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมที่เป็นภัย กระทำสิ่งที่ยังอันตรายโดยไม่ยังคิด เช่น การขับรถอย่างบ้าระห่ำ การใช้ความรุนแรงทางร่างกาย การสำส่อนทางเพศ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด การอดอาหารและการกินยาเพื่อลดน้ำหนัก ส่วนวิธีการคัดกรองที่ใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป ประกอบด้วยการสัมภาษณ์และการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามและแบบวัดที่ต้องตอบด้วยตนเองเป็นแบบที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยจะทำให้ทราบถึงอาการแสดงซึ่งเป็นกุญแจสำคัญ เช่น ความเศร้า ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกสูญเสีย และความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความรู้สึกนึกคิดในใจของวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ยังสะดวกต่อการใช้และประหยัดด้วย (Kashani และคณะ, 1985)

2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นเชื่อว่าเกิดได้หลายสาเหตุแตกต่างกันไป นักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่าทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, Rawlins & Williams, 1984) นักทฤษฎีทางด้านจิตวิเคราะห์อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้จากความรู้สึกขัดแย้งกันในระดับจิตไร้สำนึกของสัญชาตญาณความต้องการและแรงผลักดัน ทำให้เกิดความรู้สึกผิดลึกลับไม่แน่ใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดความรู้สึกลึกลับในเรื่องของความรักและความเกลียด ความรู้สึกรักมีน้อยแต่ความรู้สึกเกลียดมีมากก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น แต่ตัวเองไม่สามารถแสดงความรู้สึกโกรธออกมาได้ ก็เลยผันความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นนั้นเข้าสู่ตัวเอง ผลที่ตามมาคือการเกิดภาวะซึมเศร้า (สวานีย์ เกียวกิงแก้ว, 2527) ทฤษฎีการเรียนรู้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้ถึงการหมกหมองทางแก้ไขและการขาดแรงเสริม เนื่องจากมีประสบการณ์ในลักษณะล้มเหลวต่อการควบคุมสภาพแวดล้อม รู้สึกไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าสู่ภาวะการปล่อยให้อาการเกิดแบบเฉื่อยตามเลย ขอมรับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและสิ้นหวัง ผลก็คือเกิดภาวะซึมเศร้า (สวานีย์ เกียวกิงแก้ว, 2527) ทฤษฎีความนึกคิดอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีการบิดเบือนทางความคิด เช่น การมองโลกในแง่ร้ายหรือการตำหนิตนเองโดยไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งการคิดเช่นนี้เกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลไม่สามารถที่จะ

รู้ความจริงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้โดยสมบูรณ์ ดังนั้นแต่ละคนก็จะมีคามพึงพอใจในการมองเรื่องราวต่างๆเหล่านั้นตามประสบการณ์ในอดีตของตนเอง โดยทั่วไปแม้ว่าบุคคลมักก็จะมีคามนึกคิดโน้มเอียงไปตามประสบการณ์ที่ตนได้รับเสมอ แต่ก็จะมีกานำเอาคามนึกคิดของผู้คนส่วนใหญ๋ในสังคมเข้ามาช่วย จึงทำให้การนึกคิดของบุคคลในการพิจารณาสิ่งต่างๆยังอยู่ในระดับที่ปกติ แต่การบิดเบือนทางความคิดจะเป็นการพิจารณาสิ่งต่างๆเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่ผู้คนทั่วไปคิดกัน ประกอบ ด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ การมองตนเองในทางลบ การมองสภาพแวดล้อมในทางลบ และการมองอนาคตในทางลบ (Arieti & Bemporad , 1978)

การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากสาเหตุเพียงอันใดอันหนึ่งได้โดยชัดเจน หรืออาจกล่าวได้ว่าไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยสมบูรณ์ (Sadler, 1991) ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดทางชีววิทยา ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ หรือทฤษฎีการนึกคิด แต่มีความเกี่ยวข้องกันในแต่ละสาเหตุซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั้งจากตัวบุคคลเอง พันธุกรรม ครอบครัว สังคมหรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของเบค มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และความรู้สึกรของบุคคลซึ่ง เบค และ เฟินเนลล์ เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบความคิดทางลบ 3 ลักษณะ ดังนี้ (Beck,1967; Fennell, 1989)

1. รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) โดยมองตนเองว่าพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ต่ำหนืดตนเอง โทษตนเอง มีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้คิดฆ่าตัวตายได้

2. รูปแบบความคิดทางลบต่อการมองโลก (negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้าย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองโลกว่าเป็นสิ่งที่โหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง

3. รูปแบบความคิดต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย มองอนาคตว่าเป็นสิ่งที่ปัญหา และไม่มีคามหวัง

ลักษณะของความคิดนำร่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนคามบิดเบือนทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้น

ให้บุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาอีก ซึ่งถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มมากขึ้นภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นและมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งความคิดทางลบทั้ง 3 รูปแบบนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ ความคิดทางลบที่เกิดขึ้นประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิด และการแปรความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ได้แก่ ลักษณะเนื้อหาความคิดดังต่อไปนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอี่ยมเดือน เนตรเขม, 2541)

1. การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นการสรุปความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย เช่น บางคนมีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะสมกับตน

2. การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ ในขณะที่เพิกเฉยต่อสิ่งที่สำคัญ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบความสำเร็จกับความสุข ความยินดี เพราะในระดับความรู้สึกตัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุข ความยินดีของตนเอง

3. การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่มีอยู่บนพื้นฐานความจริงเพียงอย่างเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวจะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

4. การขยายภาพและการทำให้ลดลง (magnification and minimization) มีการประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อย ที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินถึงสิ่งที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อยอาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

5. การคิดว่าตนเป็นเหตุ (personalization) ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในเหตุการณ์ต่างๆ การบิดเบือนทางปัญญาอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ และความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตาเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนไม่ได้มองอาจคิดว่าตนเองทำอะไรให้เพื่อนขุ่นเคือง

6. ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรให้ครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละร้อยก็จะไม่มีอะไรที่ต้องทำอีกเลย

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยแรกคือ อายุ ซึ่งอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนหลังผ่านช่วงวัยรุ่นตอนต้นไป จากงานวิจัยของ Brage (1990) พบว่าอายุมี

ผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และอายุยังมีผลโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นโดยผ่านความรู้สึกโดดเดี่ยวด้วย การศึกษาของ Brage และคณะ (1995) พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีอายุมากมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ส่วนการศึกษาของ Iovchuk & Batygina (1998) พบมีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยขึ้นจากอายุ 12-16 ปี แต่จะลดลงเมื่ออายุ 17 ปี

2. เพศเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางนั้นจำนวนวัยรุ่นหญิงนั้นมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชายในอัตราส่วนประมาณ 2:1 การศึกษาถึงความแตกต่างทางชีววิทยายังไม่มีความชัดเจนเพียงพอในการอธิบายถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ แต่ได้มีการศึกษากันมากพอสมควรในการพิจารณาถึงความแตกต่างในแหล่งก่อความเครียดและกลไกการเผชิญปัญหา โดยทั่วไปผู้หญิงจะมีประสบการณ์ที่เป็นแหล่งก่อความเครียดมากกว่าผู้ชายเนื่องจากตามสภาพความเป็นจริงผู้หญิงจะอยู่ในสภาพที่ด้อยกว่า มีอำนาจน้อยกว่าในการควบคุมชีวิตของตนเอง และมักจะต้องปฏิบัติตามบทบาทหลายอย่างที่ถูกคาดหวังให้ทำตามในขอบเขตที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้เกิดความเครียดได้ สำหรับกลไกการเผชิญปัญหานั้นจะเห็นได้จากผู้ชายมักจะไม่ค่อยให้ความสนใจกับปัญหาเท่าใดนัก โดยมักเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมอื่นๆแทน ในขณะที่ผู้หญิงมักจะคิดคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะวัยรุ่นหญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าวัยรุ่นชาย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Marcotte, 1996) และงานวิจัยของ Brage (1990) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าวัยรุ่นชายมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าวัยรุ่นหญิง

3. อีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก็คือ บุคลิกภาพ ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพ 3 แบบที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา แบบพฤติกรรมดี และแบบชอบควบคุม บุคลิกภาพแบบพึ่งพา จะมองคนอื่นว่าเป็นผู้ที่ทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่า บุคลิกภาพแบบนี้มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด เริ่มจากการขาดพลังทางกายจึงมีแนวโน้มที่จะรู้สึกอ่อนแออยู่ตลอดเวลาที่ไม่ได้รับพลังจากคนอื่น เมื่อถูกปฏิเสธความเชื่อมั่นในตัวเองจะหมดไป บุคลิกภาพแบบพฤติกรรมดี บุคลิกภาพแบบนี้มักจะคล้อยตามความเห็นของคนอื่นและค่อนข้างจะทำตามกฎระเบียบ อยู่ในโอวาทมักจะกังวลว่าผู้ปกครองจะเห็นด้วยกับการกระทำของตัวเองหรือไม่และจะพยายามอย่างมากที่จะทำให้ผู้ปกครองพึงพอใจ ผลจากความตึงเครียดอยู่เสมอคือความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บุคลิกภาพแบบสุดท้ายคือบุคลิกภาพแบบชอบควบคุม จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ค่อยจะยึดหยุ่นไว้อารมณ์ จะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองไม่พอใจ จึงทำให้เครียดได้ง่าย (Gillett, 1991) วัยรุ่นที่มีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตในทางลบและไม่ไว้วางใจคนอื่นมักจะขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งวัยรุ่นที่ขาดทักษะดังกล่าวนี้จะกลายเป็นคนที่มี

ความเครียดต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มากกว่าคนอื่น จึงมีความรู้สึกไวต่อความเป็นอยู่ ที่กดดันและเกิดความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

4. สถานภาพสมรสของบิดา มารดา และสัมพันธภาพของครอบครัว จากงานวิจัยของ Lasko และคณะ (1996) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความใกล้ชิดกับพ่อและแม่ต่ำ งานวิจัยของ Sheeber และคณะ (1997) พบว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมากทั้งในปัจจุบันและการเกิดในอนาคตในช่วง 1 ปี และงานวิจัยของ Aseltine และคณะ (1998) พบว่าการสนับสนุนครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ความขัดแย้งของพ่อแม่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือกระบวนการหย่าร้างในครอบครัวก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความยุ่งยากทางอารมณ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน งานวิจัยของ Aseltine (1996) พบว่าการหย่าร้างของพ่อแม่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ 2 ทางคือ การหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิกริยาต่อความเครียดของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไป วัยรุ่นบางรายจะมีปฏิกริยาต่อความเครียดลดลง บางรายมีปฏิกริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มที่มีปฏิกริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้นนี้จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

5. เหตุการณ์อีกเหตุการณ์หนึ่งที่พบได้มากในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า คือการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต ความโศกเศร้าจากมรณกรรมนั้นไม่ถือเป็นภาวะซึมเศร้า แต่การสูญเสียพ่อแม่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียอื่นๆตามมาได้ เช่น การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตอาจทำให้สภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำลงได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะประวัติการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญอีกอันหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยพบว่าพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีการเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ นั้นจะถ่ายทอดความรู้สึกสิ้นหวังและหมั่นทอนทางซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้าไปยังบุตรวัยรุ่นของตน โดยไม่ได้ตั้งใจจากการกระทำพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างต่างๆออกมา

6. สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เนื่องจากความยากจนเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องในชีวิตของวัยรุ่น ทำให้เกิดผลเสียต่ออารมณ์ของวัยรุ่นและครอบครัว

7. ปัญหาทางโรงเรียนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับของภาวะซึมเศร้า การที่วัยรุ่นไม่สามารถเรียนได้เหมือนเพื่อนจะเป็นสิ่งที่ขัดขวาง ได้รับความประทับใจที่ประสบความสำเร็จ ปัญหาพฤติกรรมต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุมาจากความไม่สมหวังในการประสบความสำเร็จที่โรงเรียนก็เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ในทางลบได้อีกอย่างหนึ่งที่จะนำมาซึ่งอารมณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นได้เสมอในวัยรุ่น เมื่อความนึกคิดและอารมณ์ในทางลบมีมากขึ้นเรื่อยๆ ก็นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (มณวิภา สารินทร์, 2538)

2.5 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นพอสรุปได้ดังนี้ (Sadler, 1991)

2.3.1 มีอารมณ์เศร้าหรือไม่เป็นสุข ได้แก่ รู้สึกเศร้า เหนงหางอย อ้างว้าง โดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธโดยอาจจะแสดงออกในลักษณะหงุดหงิดง่าย ร้องไห้ มองสิ่งต่างๆในแง่ลบ ต่อด้านสังคม มีพฤติกรรมที่ไม่ยุ่งคิด หรือหุนหันพลันแล่น หรือถอยห่างจากสังคม ความสนใจและพึงพอใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ลดลง เช่น เบื่อหน่าย ไร้อารมณ์หรือห่อเหี่ยวใจโดยไร้มูลเหตุที่ชัดเจน

2.3.2 ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง เช่น รับประทานอาหารมากหรือน้อยผิดปกติ

2.3.3 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนมากหรือนอนน้อยผิดปกติ

2.3.4 ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ เช่น รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก

2.3.5 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น จำอะไรไม่ค่อยได้หรือการเรียนรู้แย่ง

2.3.6 รู้สึกสิ้นหวังหรือหมดหนทาง มองสิ่งต่างๆในแง่ร้าย อาจหมกมุ่นอยู่กับความตายหรือการฆ่าตัวตาย

2.6 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งเป็นปัญหาสุขภาพจิตอีกปัญหาหนึ่ง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็นอันตรายจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

ผลกระทบทางตรง ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านักดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และคิดว่าการดื่มสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ความจริงแล้ว การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Blumental, 1980) และอาจฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้ (Buckwaleter, 1990) โดยมีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60.00 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศราร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent cited in Mcdougall, Blixen, & Suen, 1997) และพบว่าภาวะดึงเครียดทางร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง คือ อะเซทิลโคลีน ซีโรโทนิน โดพามีน และนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลง เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศรารุนแรงจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคตามธรรมชาติ (Irwin และคณะ, 1987)

ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

การขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neese, 1991) ในที่สุดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงตามมา

อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้การขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือ การนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมา

สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวมองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือค้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ

2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ เช่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ มีปัญหาในการนอนและความอยากอาหารและมีความคิดฆ่าตัวตาย ในส่วนที่ต่างจากผู้ใหญ่ เช่น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ภายนอกหรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าและบางครั้งมีอาการหงุดหงิดมากกว่าอารมณ์เศร้า (Mufson และคณะ, 1993) การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นสามารถทำได้ทั้งจากแหล่งข้อมูลที่เป็นผู้สังเกตการณ์ เช่น บุคคลในครอบครัวและจาการบอกเล่าของวัยรุ่นเอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.7.1 แหล่งข้อมูล

ในการประเมินภาวะซึมเศร้านั้นสามารถรวบรวมข้อมูลได้จากหลายแหล่งแตกต่างกันไป จากการวิจัยต่างๆ พบว่ามีการพิจารณาที่ไม่ตรงกันระหว่างรายงานของพ่อแม่กับบุตรเกี่ยวกับความรุนแรงและลักษณะของพยาธิสภาพทางจิตของบุตร นักวิจัยพบว่าพ่อแม่ ครูและบุตรมีการรายงานอาการแสดงและปัญหาในลักษณะที่แตกต่างกัน พ่อแม่และบุตรอาจใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกัน ในฐานะที่เป็นผู้สังเกตการณ์พ่อแม่หรือครูอาจจะไม่สามารถรับรู้ได้ว่าอะไรที่เป็นปัญหาสำหรับบุตร นอกจากนั้นพวกเขาอาจจะมีลักษณะของความหวงใจที่แตกต่างกันซึ่งจะสะท้อนออกมาให้เห็นในการตอบของพวกเขา และ Angold และคณะ(1987) ก็พบว่าในอาการแสดงหรือปัญหาผิดปกติของลูกที่ลูกไม่ได้แจ้งหรือไม่ได้รายงานพ่อแม่ก็จะไม่แจ้งหรือไม่รายงานด้วย แต่ในอาการแสดงหรือปัญหาผิดปกติของลูกที่แจ้งหรือรายงานว่ามีแต่พ่อแม่จะไม่ทราบ โดยการไม่แจ้งหรือไม่ได้รายงานว่ามีอาการผิดปกติดังกล่าว

เกิดขึ้นกับบุตรของตน บ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยไม่มีสัญญาณบอกเหตุหรือไม่สามารถประเมินได้ พ่อแม่หรือครูบางคนอาจจะคิดว่าความเจ็บและการแยกตัวของวัยรุ่นเป็นไปตามวัยหรือเป็นแค่ความไม่พึงพอใจเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มักจะเกิดขึ้นเสมอในวัยรุ่น (Mufson และคณะ, 1993) นอกจากนี้วัยรุ่นมักจะไม่ได้แสดงอาการหรือทำทางเศร้าออกมาโดยตรง แต่กลับแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแทน ซึ่งลักษณะนี้จะเป็นกลไกการป้องกันตัวโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการของวัยรุ่นที่จะปกป้องตนเองออกจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นหรือการแสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอและต้องการการพึ่งพา จึงแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาเพื่อเป็นหน้ากาปกปิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง พ่อแม่จึงมักมองข้ามอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับบุตรของตน (Morgan, 1994) ดังนั้นแม้ว่าการสัมภาษณ์พ่อแม่เกี่ยวกับบุตรจะเป็นเรื่องสำคัญ แต่ข้อมูลที่ถูกต้องมากกว่ามักจะได้จากตัววัยรุ่นเอง

2.7.2 เครื่องมือการประเมินด้วยตนเอง

นักวิจัยได้ใช้เครื่องมือประเมินด้วยตนเองในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้กัน ได้แก่

1) แบบวัดภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 โดย เบ็ค (1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับ หรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงออกได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดอันดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความ ที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำสุดถึงสูงสุด มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับในแต่ละข้อคือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน เบ็คได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี เบ็คและคณะพบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียนจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่กลุ่มนักเรียนจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

2) แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นประเภท self-report เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศ

สหรัฐอเมริกา พบว่า ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach ' Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 โดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย เครื่องมือนี้ประกอบข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ผู้ที่ได้รับคะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) แบบวัด CDI นั้นเหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-16 ปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI ฉบับภาษาไทย ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CDI นั้นเป็นเครื่องมือประเภท self-report ที่ใช้แพร่หลายที่สุดของเด็กในปัจจุบัน

4) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทยเป็นแบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในวัยรุ่น แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยหรือน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อยๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-52 คะแนน จากการวิจัยพบว่า CDI ฉบับภาษาไทย มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 10^{-6}$

การศึกษาในเด็กไทยพบว่ามีความ reliability coefficient (Alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนกสูง จาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 15 คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทยมีความไว (sensitivity) = 78.7% ความจำเพาะ (specificity) = 91.3% และมีความแม่นยำ (accuracy) = 87%

2.8 ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนในสถานศึกษา

Kashani และคณะ (อ้างใน เรไร ทิวะทัศน์, 2535) ศึกษาในเด็กมัธยมศึกษา รายงานว่าวัยรุ่นร้อยละ 4.7 เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 เป็นโรคประสาทซึมเศร้า และร้อยละ 18.7 เป็นโรควิตกกังวล แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 30-40 เข้าข่ายเป็นโรคซึมเศร้า Meek (1997) กล่าวไว้ว่า “อารมณ์เศร้าเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ในวัยรุ่น ตั้งแต่อาการ psychosomatic อาการป่วย ไม่ยอมไปโรงเรียน เกเร ก้าวร้าว และพฤติกรรมทางเพศ วัยรุ่นอาจมีท่าทีที่ต่อต้านหรือพฤติกรรมต่อต้านสังคม ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด วัยรุ่นที่ซึมเศร้ามีความต้องการจะออกไปให้พ้นๆจากบ้าน ทนสภาพที่บ้านไม่ได้ รู้สึกไม่มีใครเข้าใจ ไม่เป็นที่ยอมรับ หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อย ถึงขั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ หรือบางครั้งมีพฤติกรรมคือดิ่ง ไม่ยอมเข้า

ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว แยกตัวจากเพื่อนหรือสังคม มักจะหมกตัวอยู่แต่ในห้อง ระดับการเรียนรู้ ต่ำ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมต่อต้านสังคม ต่อต้านกฎเกณฑ์ ซึ่งจัดว่าเป็นความประพฤติที่ผิดปกติ (Conduct disorder) แสดงถึงว่าบุคคลนั้นมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self-esteem) พบว่าการให้ยาต้านเศร้าในเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้ผลดีเท่ากับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

2. ผลการเรียนรู้ต่ำ ซึ่งพบว่าเกิดจากการขาดสมาธิ (Poor concentration) มากกว่าเกิดจากปัญหาด้านสติปัญญา

3. พฤติกรรมเฉยเมย เบื่อหน่าย ไม่ยินดียินร้าย ละทิ้งกิจกรรมที่เคยทำ

4. อาจมีอาการประสาทหลอน

5. นอนออกจากบ้าน

6. มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

Rice (1990) แบ่งลักษณะอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ คือ

1. ซึมเศร้าแบบเฉียบพลัน (Acute depression) เป็นอาการที่ดูเป็นลักษณะรุนแรงและเฉียบพลัน โดยวัยรุ่นมักจะบ่นถึงความเบื่อ แยกตัวและทำที่สุดจะมีเวลาในการพบปะเพื่อนฝูงญาติ และพ่อแม่บ่อยลง บางทีจะร้องไห้ง่ายและชอบฝันกลางวันมากขึ้น อาการจะมีช่วงระยะเวลาสั้นๆ อันอาจนำไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ปัญหาการเรียน มีปัญหาในสิ่งผิดกฎหมาย ปัญหาหาเสพติด และการสูญเสียความสัมพันธ์กับผู้อื่นและครอบครัว

2. ซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (Chronic depression) ซึมเศร้าแบบเรื้อรังจะพบได้มากขึ้นในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นจะมีประสบการณ์ในการจัดการหรือจัดออกของปัญหาในรูปแบบของอารมณ์ที่ไม่สมบูรณ์ หรือเกิดจากประสบการณ์การขาดความรักจากครอบครัวหรือเพื่อน ทำให้วัยรุ่นเกิดการเบื่อหน่ายโลกและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อารมณ์เศร้านี้อาจปรากฏเป็นระยะเวลาอันนานเป็นปี และมักเกิดควบคู่กับปัญหาทางจิตอื่นๆ และอาการสูญเสียความพึงพอใจทุกอย่างเรียกว่า Melancholia

3. ซึมเศร้าแบบปกปิด (Masked depression) อาการซึมเศร้าแบบปกปิดเป็นอาการที่สังเกตหรือรู้ได้ยาก โดยวัยรุ่นจะรู้สึกเศร้าแต่พวกเขาจะพยายามหนีหรือปฏิเสธความซึมเศร้านั้น โดยอาจแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมของกิจกรรมต่างๆ ที่หักโหมขึ้น (Over active) หรือเบี่ยงเบนไปมีพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น หนีเที่ยว มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การใช้สารเสพติด และกลุ่มนี้มักมีอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย ทำให้เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาทในกลุ่มได้

2.9 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และคณะ (2542) กล่าวว่า ในการบำบัดรักษากลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น ดังนี้

2.9.1 การให้ยา เป็นการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้ในการ

รักษาได้แก่ ยาต้านเศร้า เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าลง

2.9.2 การทำจิตบำบัด เป็นการช่วยให้วัยรุ่นก้าวผ่านความสูญเสีย สิ้นหวัง โกรธ ละเอียด ซึ่งเป็นตัวผลักดันของการเกิดการฆ่าตัวตาย การใช้จิตบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามเหมาะสม เช่น ในวัยรุ่นเป็นวัยที่ชอบเข้ากลุ่มและกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพล ในการดำเนินชีวิต ดังนั้นในวัยรุ่นจึงเหมาะที่จะใช้กลุ่มจิตบำบัด ซึ่งในกลุ่มจิตบำบัดนั้นมีหลาย ประเภทแต่ที่เหมาะสมและได้ผลดีกับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1) การบำบัดโดยปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior Therapy) ซึ่งเชื่อกันว่าผู้ที่มิภาวะซึมเศร้ามีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การรักษาจึงมุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งปรับ พฤติกรรม โดยใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา

2) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) อาจทำเมื่อความตึงเครียดอยู่ใน ครอบครัว ซึ่งเป็นดั่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน การช่วยเหลือ โดยเกิดความร่วมมือระหว่างวัยรุ่นที่มีปัญหาซึมเศร้า ครอบครัว และผู้บำบัด

3) การบำบัดโดยการสนับสนุนทางสังคม (Social reinforcement Therapy) เป็นเทคนิคการใช้พฤติกรรม เพื่อกำหนดหรือแก้ไขรูปแบบของพฤติกรรม ความคิดที่เข้าใจผิดๆ ซึ่งเป็นตัวทำให้สัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นในทางลบ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4) การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่เน้น ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้บำบัดกับผู้อื่น มุ่งให้เกิดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึง ความขัดแย้งด้านจิตใจ

5) การบำบัดจิตระยะสั้น (Short-term psychotherapy) เป็นหลักการ เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตแต่ใช้เวลาระยะสั้นๆ ไม่เกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนช่วยในการสืบค้นถึง ความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองบางส่วนที่เป็นปัญหา

จากการศึกษาพบว่า การให้การบำบัดที่เชื่อว่าได้ผลดีต่อภาวะซึมเศร้า คือ การทำ Family Therapy , Cognitive behavior Therapy , Psychodynamic psychotherapy ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดในวัยรุ่นที่มีภาวะ ซึมเศร้า โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ของ ทมาภรณ์ บูรณสมภพ (2547) มาประยุกต์ใช้ เพราะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มักมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ มองว่าตนเองไร้ค่า นอกจากนี้ยัง พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจ ดังนั้นแนวคิดนี้จะช่วยให้วัยรุ่น เปลี่ยนมุมมองใหม่ตามความเป็นจริง มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางบวก และ สามารถจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่น

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2543) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไว้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การประกอบวิชาชีพของการพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นและ/ หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็ก/ วัยรุ่นที่มีสุขภาพดี และที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ในการดำรงรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการ ปัญหาทางจิต ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือ การบำบัด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข ทั้งนี้พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล การบำบัดทางจิต ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ การจัดสภาพแวดล้อม การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม แก่เด็ก/ วัยรุ่น และครอบครัว และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานอื่น องค์กรเอกชนและทีมสุขภาพในโครงการ หรือกิจกรรมที่มุ่งสู่การเสริมสร้างสุขภาพจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตที่เป็นสุขของประชาชน

3.2 ความสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่น

ในช่วงของการเจริญเติบโตของมนุษย์ ระยะเวลาที่มีความสำคัญมากและเป็นพื้นฐานของการมีชีวิตที่เป็นสุข คือวัยเด็ก และวัยรุ่น เด็กทุกคนเกิดมาด้วยองค์ประกอบที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนตามลักษณะทางพันธุกรรมของเด็กแต่ละคน เจริญเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ประกอบด้วยบิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม ภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคม ก็จะส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ในทางตรงกันข้ามหากบิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดมีความรู้ความสามารถไม่เหมาะสม ไม่สามารถดูแลเลี้ยงดูเด็กและมีความพקר่องในการจัดการกับสภาพแวดล้อม หรือสังคม จะส่งผลให้การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่นชะงักงัน เด็กจะมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ็บป่วยได้ การดูแลช่วยเหลือผู้เลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นเพื่อการส่งเสริมให้พัฒนาการตามวัยป้องกันเด็กและวัยรุ่นซึ่งอยู่ในภาวะเสี่ยงไม่ให้เกิดปัญหา รวมถึงการดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว และประเทศชาติ การดูแลช่วยเหลือดังกล่าวคือการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

การที่วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในหลายๆด้านพร้อมกัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิดและสติปัญญาดังกล่าว ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทาง

จิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเมื่อมีปัจจัยต่างๆมากระตุ้นทำให้ความรู้สึกสิ้นหวังนั้นมีความรุนแรงได้ การที่วัยรุ่นเกิดความรู้สึกสิ้นหวังง่าย ทั้งนี้เพราะในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการทางสติปัญญาเริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองตนเองและมองไปยังอนาคตข้างหน้าถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูงและขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังได้ง่าย ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า และการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นของสังคมที่จะต้องมีการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้และความสามารถที่พร้อมที่จะให้บริการวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้ พยาบาลระดับวิชาชีพและระดับพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทาง เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สามารถให้บริการทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวได้

3.3 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2543) ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล ในเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ปัญหาภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. มีกระบวนการคิดและมุมมองตนเองในทางลบ เกี่ยวข้องกับการขาดการกระตุ้นทางการคิดในทางบวกเกี่ยวกับอนาคต หรือขาดแรงเสริมทางบวกจากสิ่งแวดล้อม
3. มีความพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเรียนรู้ตามพัฒนาการ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะสิ้นหวังและการลังเลการตัดสินใจ
4. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การคิด การมองตนเองด้านลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

การวางแผนการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่นที่มีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย ควรได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สร้างความไว้วางใจซึ่งพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้โอกาสได้พูดถึงความรู้สึกที่ดีและไม่ดีในทางสร้างสรรค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่ประสบปัญหา ผู้ที่ประสบความสูญเสีย รับฟังอย่างสนใจ ขอมรับความรู้สึกนั้น และช่วยให้อายุรุ่นได้พัฒนามุมมองหรือความคิดต่อตนเอง บุคคลและต่อสถานการณ์แวดล้อมอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง
3. สอนให้วัยรุ่นเรียนรู้ และพัฒนาวิธีการเผชิญกับอารมณ์ของตนเองในทางสร้างสรรค์ เช่น การใช้พลังงานทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นเมื่อมีความรู้สึก

ซึมเศร้า จัดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ใหม่ในสถานการณ์ทดลอง หรือสถานการณ์จริงที่วัยรุ่นยังมีความรู้สึกปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อความล้มเหลว

4. สร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ควบคู่กับการสอนวัยรุ่น ให้เรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม จัดกิจกรรมหรือเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้สถานการณ์จริง ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับที่สอดคล้องกับความจริง ควบคู่กับการให้กำลังใจและแรงเสริมทางบวก เมื่อวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี รวมทั้งสอนให้มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ชีวิตเป็นรายบุคคล

5. ช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาความรับผิดชอบ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนที่เหมาะสมตามสภาพ ด้วยวิธีการสอนและให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นในการแก้ปัญหาชีวิตด้วยตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นมีความเข้าใจตนเอง สถานการณ์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหรือเลือกวิธีการแก้ปัญหา ทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เลือกแล้ว โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนการประเมินและการปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เรียนรู้ใหม่ในชีวิต

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้มาก และควรได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมถือเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งถือเป็นบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จะต้องมีการคัดกรองวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนที่วัยรุ่นที่มีปัญหาเหล่านี้จะเกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น การคิดสารเสพติด การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ความรู้สึกเก็บกดจนกระทั่งมีความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น จะช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่วนใหญ่มีความคิดต่อตนเองในทางลบ รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ให้เกิดการมองตนเองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตใหม่ในทางบวก อันส่งผลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถนำแนวคิดใหม่มาใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริงได้และดำรงชีวิตต่อไปในอนาคตได้อย่างมีความสุข

4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงความสามารถ ความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของบุคคล การมีพลังอำนาจเป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา หรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดตามความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในทุกๆด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น(Gibson,1995 ; Gilbert,1995 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารงกูร, 2542) กระบวนการที่ทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcome) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

คาร์ณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในคน พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

อวยชัย คัดมุษยกุล (2540 อ้างถึงใน พนิตา รัตนไพโรจน์, 2542) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังในการควบคุมชีวิตของตนเอง เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงออกถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือ ชี้นำ ให้บุคคล เกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล องค์กร หรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเองในทุกๆด้าน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เรียนรู้การทำงานร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อร่วมกันขจัดอุปสรรคหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา

Rappaport (1984 อ้างถึงใน ชุติพร ปิยสุทธิ, 2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริม และได้รับโอกาส การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาที่จะทำให้บุคคล ครอบครัวยุทธ ชุมชนก้าวหน้า และมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลให้สามารถจัดการกับชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง เพื่อให้รู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังในการกระทำสิ่งต่างๆในการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

4.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบไปด้วย

4.2.1 ความเข้มแข็งทางกาย (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆของบุคคลก็จะลดลง

4.2.2 ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังจึงต้องการการช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)

4.2.3 อັตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอັตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอັตมโนทัศน์ในตน การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลต่ออັตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายในการสร้างอັตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อັตมโนทัศน์ในตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

4.2.4 พลังงาน (Energy) ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความ ต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆด้วย

4.2.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

4.2.5.1 ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือก และการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

4.2.5.2 การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

4.2.6 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายใน ช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

4.2.7 ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมถึงความเชื่อทางศาสนา การสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา

สำหรับวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่ามีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ดังนี้คือ การพร้อมแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การที่ครอบครัวของวัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้ครอบครัวต้องดิ้นรนทำมาหากิน บิคา มารดา มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและทำนา บางส่วนต้องจากครอบครัวเพื่อไปทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลบุตรหลาน และครอบครัวมีสภาพที่ไม่ราบรื่น มักทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านี้ขาดความรักความอบอุ่น สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน และการที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัววัยรุ่นที่ไม่ดียังทำให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์หรือการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่ไม่ดีอีกด้วย และพบว่าบุคลิกภาพบางส่วนของวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่กล้าแสดงออก ไม่นับใจ นั้นเป็นความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจในด้านระบบความเชื่อและแรงจูงใจ

4.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบ (คาร์ณี จามจรี , 2545) ดังนี้

4.3.1 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเป็นผู้ช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจาก พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงความหมายของชีวิตและมีความหวัง ทำให้ผู้รับบริการสามารถต่อสู้อุปสรรคต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่ และพยาบาลมีบทบาทในการทำให้เกิดสัมพันธภาพในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลเกิดจากความเคารพซึ่งกันและกัน รวมถึงการที่พยาบาลยอมรับในคุณค่าของผู้รับบริการว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถอยู่ภายในตนเอง หรือพัฒนาความสามารถได้

4.3.1.2 คุณลักษณะของผู้ให้บริการตามแนวคิดของ Gibson (1991) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) ได้แก่ ค่านิยมของตนเอง ความเชื่อ การมีเป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์

ส่วนบุคคลที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล(Interpersonal factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

4.3.1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1)การที่บุคคลเป็นเจ้าของของสุขภาพและมีหน้าที่โดยตรงต่อสุขภาพของตน พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้รับบริการมีอำนาจ และอิสระที่จะเลือกกิจกรรมที่เขาปรารถนา

2) การเป็นหุ้นส่วน และการยอมรับในคุณค่า และความสามารถของบุคคล

3) การให้ความช่วยเหลือ และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการสร้างพลังให้กับตนเอง

4) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของความร่วมมือ

5) การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับบริการในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

6) การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่มีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้รับบริการแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

4.3.2 สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้รับบริการในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้รับบริการ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

4.3.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบ

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชื้อวโสธร ,2546) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด

และความสนใจ ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล 2) เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมกับการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง 3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการสนับสนุนตนเอง เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

4.3.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

4.3.4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย

1) การนับถือตนเอง (Self-esteem) บุคคลที่นับถือตนเองสูงจะเป็นคนปรับตัวให้ชีวิตมีความสุขและปราศจากความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความมั่นใจ บุคคลที่มีความนับถือตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนเองทางด้านลบ ปฏิเสธและคิดว่าจะทำอะไรก็มีความล้มเหลว การส่งเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและส่งผลต่อการนับถือตนเองในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยรับการเกิดการพัฒนาตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและยอมรับต่อการเจ็บป่วย

2) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถตัดสินใจ และดำเนินการให้เกิดผลตามที่ปรารถนา พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่าจะสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้หรือรู้สึกขาดการควบคุมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกสูญเสียการควบคุมมากขึ้นเท่าไรก็จะยิ่งมีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

3) ความสามารถในตน (Self-efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอาจกล่าวได้ว่า ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมนั้นสามารถทำนายการกระทำในอนาคต และปฏิบัติการตอบสนองทางจิตใจของบุคคลได้อีกด้วย

4.3.4.2 การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น รวมทั้งยังเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สมรรถนะความคิดอย่างมีวิจารณญาณและความยืดหยุ่นในตนเอง

4.3.4.3 การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดีเป็นสถานะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่เบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป

4.4. บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการ จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องทราบถึงบทบาทของตน ดังนี้

4.4.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนาจทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการเพื่อจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

4.4.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

4.4.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่ติดปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง

4.4.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง หรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

4.4.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เป็นบุคคลที่เชื่อถือได้ และยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้รับบริการเอง

4.5 การปรับเปลี่ยนความคิด

จากการศึกษาแนวคิดของ Burman (2003) พบว่าโดยทั่วไปแล้ววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิตของตนเอง เช่น การมีความคิดว่าชีวิตของตนเองมีแต่ความล้มเหลว ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ (Cognitive Problem-Solving Model) ซึ่งกิจกรรมที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ในการวิจัยของ Burman ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพูด และทำความเข้าใจกับเนื้อหาความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง กิจกรรมที่ 2 การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้วัยรุ่นคิดวิเคราะห์ว่าความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงหรือไม่ กิจกรรมที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้วัยรุ่นคิด วิเคราะห์ว่า เมื่อตนเองมีความคิดในด้านลบเกิดขึ้นแล้ว ควรจะปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวอย่างไรให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

จากแนวคิดและการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิด โดยประยุกต์มาจากโปรแกรมของทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) มาใช้ กับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยทมาภรณ์ บุณยสมภพ ได้ ประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดของคาร์ณี จามจรี และ จินตนา ชูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน ให้เหลือ 4 ขั้นตอนหรือดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง โดยมี เหตุผลในการปรับเปลี่ยนแปลงนี้ ก่อนที่จะใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ศึกษาต้องประเมิน ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจำเป็นที่จะต้องแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการ ประเมินภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ศึกษาเกิดความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างพอสมควร ดังนั้นผู้ศึกษาจึง เริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 1 (การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือ) เพื่อสร้าง สัมพันธภาพและขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในตัวผู้ ศึกษาได้เร็วขึ้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในตัวผู้ศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินในขั้นตอน ที่ 2 (การค้นหาลักษณะการณ์จริง) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับกับความคิดและความเชื่อของตนเอง ตามความเป็นจริง ต่อจากนั้นผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 (การสะท้อนความคิดอย่างมี วิจารณญาณ) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาช่วยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยตนเองต่อเนื่องไปในครั้งเดียวกัน เมื่อผู้ศึกษาพบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งที่ 2 ผู้ศึกษาจึงดำเนิน กิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 (การดำเนินการด้วยตนเอง) เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกับขั้นตอนการ สะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพราะเมื่อกลุ่มตัวอย่างค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดแผนการจัดการกับ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ เมื่อผู้ศึกษาพบกับกลุ่ม ตัวอย่างในครั้งที่ 3 ผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 (การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเอง เกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้จัดการกับภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และเมื่อผู้ศึกษาพบกับวัยรุ่นในครั้งที่ 4 ผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 6 (การ ปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับปัญหา) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำ ความเข้าใจกับสาระความคิดในด้านลบหรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้ ศึกษายังได้นำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ตามแนวคิดของ Burman (2003) มาสอดแทรกไว้ในกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ตามการศึกษาของทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไข ปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแนะนำตนเอง ให้ ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม การใช้คำถามกระตุ้นให้รับรู้บทบาทของตนในการ จัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า และใช้คำถาม กระตุ้นให้ตระหนักและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง โดยการให้ประเมินว่า ตนเองมีความคิด ความเชื่ออย่างไรกับตนเอง มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ รวมทั้งเป็น กิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็น สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ในขั้นตอนนี้ยังเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้พยาบาล ทราบความคิด ความเชื่อ และสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของวัยรุ่นเอง เป็นกิจกรรมที่ พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นกำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็น สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสนับสนุนให้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมี พยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจเพื่อให้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ได้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาล พุดคุยเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการกับการ สูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง เป็นขั้นตอนที่พยาบาลให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจที่สามารถช่วยให้มีความคิด เกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น

ขั้นที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการ สูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียพลังอำนาจตามขั้นตอนข้างต้น จนกระทั่งตระหนักถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็น สาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าได้แล้ว วัยรุ่นจะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับการสูญเสียพลัง อำนาจตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นได้คิดทบทวนสิ่งที่ เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และส่งเสริมให้วัยรุ่นได้พัฒนา ทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบ โดยพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ทำความเข้าใจ สาเหตุสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง และการ ใช้คำถามกระตุ้นให้คิดถึงความต้องการ และความเหมาะสมเกี่ยวกับความคิดในด้านลบนั้นและการ ใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นคิดว่าควรจะปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบนั้นอย่างไร จึงจะเหมาะสมกับ ความเป็นจริง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม โดยศึกษาในภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ที่มาขอรับคำปรึกษาจากศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิงที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงมาก จำนวน 20 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งเป็นรายบุคคล โดยพบกับภรรยา 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดมีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยศึกษาในบิดามารดาที่มีเด็กเป็นออทิสติกที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในรูปแบบ day care ในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก จำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เดือนใจ โครตรสมบัติ (2544) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสกลนคร เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสกลนคร ปีการศึกษา 2543 จำนวน 804 คน จาก 3 โรงเรียนที่สุ่มมาด้วยวิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 328 คน (ร้อยละ 40.80) มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาอยู่กับครอบครัวบางโอกาสหรือไม่แน่นอนมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีเวลาอยู่กับครอบครัวสม่ำเสมอทุกวัน หรือทุกวันหยุดสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่บิดามารดาประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง มีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงกว่าอาชีพอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มครอบครัวที่มีรายได้สูง นอกจากนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลางกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านพบว่า การแก้ปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การเกี่ยวพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลางกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้ตัวอย่างจำนวน 1,264 ราย อายุ 10-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 14 ปี อัตราส่วนเพศหญิงและเพศชายเท่ากับ 1 ต่อ 1.2 โดยใช้เครื่องมือ CDI พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8 (คะแนน CDI > 15) และร้อยละ 13.3 มีอาการโรคซึมเศร้า (CDI > 12) และปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเครียด และมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะครอบครัวที่แตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา ปัญหาการเรียน และการที่บิดามารดาหรือผู้ที่เลี้ยงดูมีการศึกษาและรายได้ต่ำ

อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2541) ศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ที่วัดสระแก้ว จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 257 ราย พบความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี เท่ากับร้อยละ 34.2 โดยเป็นความคิดอยากฆ่าตัวตาย จำนวน 36 ราย โดยพบว่าร้อยละ 86.1 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 13.9 พยายามฆ่าตัวตายมาในอดีต การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีจิตพยาธิสภาพรุนแรงกว่า โดยพบความชุกของโรคทางจิตสูงกว่า ความผิดปกติพบบ่อยที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีระดับความซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบปัจจัยเครียดทางสังคมพบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของตัวเด็ก การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณทางกาย ในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

อรพรรณ เมฆสุภะ (2542) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้น ม.1-ม.6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,836 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลจากทางโรงเรียน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CDI) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า เด็กนักเรียนมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (CDI เท่ากับ 15 ขึ้นไป) ร้อยละ 40.74 และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (CDI เท่ากับ 21 ขึ้นไป) ร้อยละ 15.63 นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง ผลการเรียนต่ำ การขาดเรียน ปัญหาความประพฤตินี้ที่โรงเรียน นักเรียนไม่ปรึกษาผู้อื่นเมื่อมีปัญหา ปัจจัยทางด้านบิดามารดา ได้แก่ สถานภาพสมรสที่ย่ำร้ายหรือแยกกันอยู่ รายได้ต่ำ สุขภาพไม่ดี บิดามารดาร์กดูไม่เท่ากัน และบรรยากาศภายในบ้านที่ไม่เป็นสุข

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2538) ได้ศึกษาความชุก ลักษณะของอาการซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยใช้เครื่องมือ CDI และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับ

กับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นเท่ากับ 49.8% และมีความซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 22.5

- นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า เลือกตอบคำถามเกี่ยวกับความนึกคิดมากกว่าคำตอบที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าต่างๆ
- ผลการเรียนรู้ของนักเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวและปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- นักเรียนที่มีการศึกษาของบิดามารดาต่างกัน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวต่างกัน และบรรยากาศในครอบครัวต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยในประเทศ

Fleming (1991) ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ศึกษาในชุมชน จำนวน 14 รายงาน ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ได้รับข้อมูลจากเด็ก ผู้ปกครอง และครู ผลการศึกษาพบลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depression disorder) มีไม่มาก (น้อยกว่าร้อยละ 3)
2. มีสองการศึกษาพบว่า เด็กรายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ใหญ่
3. ครูปบ่งชี้ว่า เด็กมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครอง และพบว่ามีความเห็นพ้องระหว่างเด็กกับผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย

การศึกษาในวัยรุ่นพบสิ่งที่สำคัญ 3 ประการ คือ ความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 0.4-6.4 ซึ่งมีมากกว่าในเด็ก (อายุ 6-11 ปี) วัยรุ่นระบุว่าโรคซึมเศร้าของตนเองมากกว่าที่ผู้ปกครองระบุ และความชุกของโรคซึมเศร้าค่อนข้างสูงถ้าใช้แบบสอบถามที่ตอบคำถามด้วยตัวเอง

Hankin , Abramson & Siler (2001) ศึกษาโดยการทดสอบทฤษฎีความรู้สึกลึกลับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความรู้สึกลึกลับในวัยรุ่นว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกลึกลับ คือเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยเมื่อเกิดร่วมกันก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้

McGee , Williams & Nada-Raja (2001) ศึกษาความรู้สึกลึกลับในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในวัยรุ่น และความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ทั้งชายและหญิง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลึกลับ โดยวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความรู้สึกสิ้นหวังสูง และวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมีความรู้สึกสิ้นหวังต่ำ และพบว่าวัยรุ่นที่เคยทำร้ายตนเอง หรือคิดฆ่า

ตัวตายจะมีระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกสิ้นหวังสูง คือมีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตของคนไปในทางลบ

Rushton และคณะ (2002) ศึกษาาระบาทวิทยาของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการศึกษาระยะยาวในวัยรุ่น 13,568 คน โดยการสำรวจครั้งแรกในปี 1995 และติดตามอีก 1 ครั้ง ในปี 1996 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และรุนแรง (CES-D \geq 24) ร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้าในเด็กโตมากกว่า และมีส่วนน้อยที่พบภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในการติดตามพบว่ามีเพียง ร้อยละ 3 ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในเกณฑ์ปกติ ได้พัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าปานกลาง และรุนแรง ปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร่ายังคงอยู่คือเพศหญิง สุขภาพไม่ดี ถูกพักการเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี

กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 5 คน 1 ครั้ง / สัปดาห์
รวม 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดย

- การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือจากวัยรุ่น
- การค้นหาสภาพการณ์จริง
- การสะท้อนความคิดของวัยรุ่น

2. การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตนเองของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเอง โดย

- ให้วัยรุ่นได้กำหนดแผนในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองและดำเนินการตามแผนที่วัยรุ่นกำหนดไว้
- สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองให้เกิดขึ้นกับวัยรุ่น

3. การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดย

- การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร

4. การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญการเกิด ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดย

- ใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นได้คิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้พัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดใน

ด้านลบ

- ใช้คำถามกระตุ้นให้คิดถึงความถูกต้อง และความเหมาะสมเกี่ยวกับความคิดในด้านลบนั้น

- ใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นคิดว่าควรจะปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบนั้นอย่างไร จึงจะเหมาะสมกับความเป็นจริง

ภาวะซึมเศร้า