

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ Prevention of Adolescent Depression: From Evidence to Practice

ดวงใจ วัฒนสินธุ์ * Ph.D.
Duangjai Vatanasin, Ph.D.

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว และสังคม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่นในประเทศไทย หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนมีอาการ โดยการจัดกิจกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพื้นฐานแนวคิดมาจากการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเหล่านี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยพยาบาลควรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเริ่มต้นดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะชีวิต นอกจากนี้พยาบาลยังควรเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และชุมชนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่น การป้องกัน

Abstract

Depression in adolescents is a worldwide mental health problem. It affects adolescents themselves, their families, and societies. This article presents evidences obtained from literature reviews pertinent to depression in adolescents. These evidences can be used to develop effective program in order to prevent depression among this group. Empirical evidence shows that effective prevention of depression should start from an early stage by placing an emphasis on activities that help reduce risk factors and increase protective factors. From the reviews, most of current prevention programs are conducted based on the cognitive behavior therapy or interpersonal therapy. These existing programs can effectively reduce depressive symptoms among the general, high risk, and depressed adolescents. The empirical findings mentioned thus far, help generate basic knowledge for further development of the programs which help prevent depression in Thai adolescents. Nurses should play important role in initiating activities aimed at preventing depression. These activities should be started at early stage. Examples of such activities include comprehensive screening for depression, providing education and protective life skill training. To effectively prevent depression among adolescents, nurses should cooperate with

* อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

adolescents, their families, schools, health care providers, and communities.

Keywords: Depression, adolescents, prevention

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าถือเป็นหนึ่งในปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ และพบได้บ่อย ของวัยรุ่นทั่วโลก (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2013) จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เช่น วัยรุ่นในประเทศออสเตรเลียรายงานภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.8 (Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick, & Shek, 2000) วัยรุ่นในประเทศไต้หวันมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27 (Huang, Sousa, Tu, & Hwang, 2005) ส่วนวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30-47 (Song, Ziegler, Arsenault, Fried, & Hacker, 2011) และวัยรุ่นในประเทศศรีลังกาพบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 57.7 (Perera, Torabi, Jayawardana, & Pallethanna, 2006) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นไทยที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา มีภาวะซึมเศร้าระหว่างร้อยละ 42 ถึง 69.3 (ฉันทนา แรงสิงห์, 2554; Vatanasin, Thapinta, Thompson, & Thungjaroenkul, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกัน

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทางด้านต่างๆ เป็นอย่างมาก วัยรุ่นมีระยะพัฒนาการแบ่งตามช่วงวัย เป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) (อายุ 10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) (อายุ 14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) (อายุ 17-19 ปี) (Steinberg & Morris, 2001) วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ถือว่าเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ บางครั้งมีความสับสนและไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง (Santrock, 2014) วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศอย่างชัดเจน มีการเจริญ

เติบโตในทุกส่วนอย่างรวดเร็ว ส่วนสูง และน้ำหนักเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีความต้องการทางเพศสูงขึ้น เริ่มมีความคิดเป็นนามธรรม เป็นเหตุเป็นผล และมีวุฒิภาวะมากยิ่งขึ้น มีความคิดเป็นของตนเอง มีการแสวงหาอัตลักษณ์ หรือเอกลักษณ์ของตนเอง ต้องการความเป็นอิสระ อยากรู้ อยากเห็น และอยากลอง แสวงหาความตื่นเต้น ทำทาย และประสบการณ์แปลกใหม่ วัยนี้จะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน จนได้รับการกล่าวขานว่า เป็น “วัยพายุบูแคม (storm and stress)” เป็นวัยที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงและบีบคั้น ลักษณะของอารมณ์ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ มีการแสดงออกของพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นวัยที่ต้องการได้รับความรัก และการยอมรับจากเพื่อน และสังคม มีพัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศเพิ่มขึ้น (Santrock, 2014; Steinberg & Morris, 2001)

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้นำเน้นไปที่การศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 17-19 ปี และส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และกำลังเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษา วัยนี้ถือว่าเป็นช่วงที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กมาสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งถือว่าเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อเป็นวัยที่มีเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ อย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดดในทุกด้านขณะที่สภาพอารมณ์ ความคิดจิตใจยังไม่มั่นคงและแข็งแรงเพียงพอ ดังนั้นอาจก่อให้เกิดความสับสนในตนเอง ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจได้ง่าย และมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์สูงสุด (Townsend, 2014) วัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงและเปราะบางต่อการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิตได้ง่าย เช่น การใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง การทะเลาะวิวาท เครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Santrock, 2014; SAMHSA, 2013) ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยนี้ โดยภาวะซึมเศร้ามักพบได้น้อยในช่วงวัยเด็ก แต่จะเพิ่มสูงขึ้นจากวัยรุ่นตอนกลางถึงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008) จากการศึกษา

พบว่า ภาวะซึมเศร้าเพิ่มจากร้อยละ 1.5 ถึง 2.5 ในวัยเด็ก เป็นร้อยละ 15 ถึง 20 ในวัยรุ่นตอนปลาย (Graber & Sontag, 2009)

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม และสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย (Beck, 2011) โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง บางครั้งมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากเดิม ภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (National Institute of Mental Health [NIMH], 2011) รู้สึกหมดแรงและอ่อนล้า นอนไม่หลับ การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป อาจรับประทานอาหารมากขึ้น หรือน้อยลง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง หรืออาจมีอาการทางกายอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดท้องหรือปวดศีรษะ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย (Mahon & Yarcheski, 2001) ความสนใจในการเรียนลดลง ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ต่ำ (Fergusson & Woodward, 2002) มีความคิดด้านลบ และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า (Beck & Alford, 2009) บางครั้ง อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดไม่โง่ง่าย แยกตัว (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003) มีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด (Rao, Daley, & Hammen, 2000; Thiamkaew, Phuaphanprasert, Mahatnirunkul, & Pannarunothai, 2007) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Thanoi, Phanchaoenworakul, Thompson, Panitrat, & Nityasuddhi, 2010) นอกจากนี้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในวัยผู้ใหญ่มากขึ้น (Gladstone & Beardslee, 2009)

จากผลกระทบของภาวะซึมเศรูดังกล่าวส่งผลให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะปรากฏอาการจะช่วยลดผลกระทบจากภาวะซึมเศรูดังกล่าว โดยการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกที่มีประสิทธิภาพ คือ การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า และให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (Garber, 2006) อย่างไรก็ตามจาก

ประสบการณ์และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในประเทศไทยเป็นประเด็นที่มีความสำคัญหรือได้รับเอาใจใส่จากผู้ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ที่ต้องมีการรับผิดชอบ มีหน้าที่การงาน หรือมีปัญหาด้านต่างๆ ค่อนข้างมาก หรือในวัยสูงอายุที่มีความร่วโรย สูญเสีย ว่าเหว่เท่านั้น ซึ่งขัดแย้งกับพัฒนาการของวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่เป็นไปในทางที่สร้างสรรค์ โดยมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีการเรียนรู้ และแสดงออกทางด้านอารมณ์ด้วยความน่ารัก สดใส หรือสนุกสนาน จากความเข้าใจผิดดังกล่าว จึงอาจส่งผลให้บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ครู อาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่สามารถประเมินปัญหา อาการได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ทำให้ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ส่วนใหญ่บุคคลใกล้ชิดเหล่านี้มักพบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า เมื่อมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น ถึงขั้นพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งบางครั้งอาจทำได้สำเร็จและนำมาซึ่ง ความสูญเสียแก่ครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะช่วยลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ (Garber, 2006)

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศรูดังกล่าวมักมีการแสดงออกของอาการที่สำคัญใน 4 ด้าน ดังนี้ (Beck & Alford, 2009; National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2011)

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (emotion) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศรูดังกล่าวมักจะมีความรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย ไม่เป็นมิตร น้ำตาไหล หรือร้องไห้บ่อยครั้ง ความพึงพอใจในตนเองลดลง ความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวลดลง รู้สึกไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่อยากคิดหรืออยากทำอะไร รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รู้สึกผิด ท้อแท้ และสิ้นหวัง

2. การแสดงออกทางด้านความคิด (cognition) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีความคิดในแง่ลบ มีการประเมินตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย มีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตในทางลบ รู้สึกสิ้นหวัง ต่ำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ต้องถูกตำหนิและลงโทษ ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ แต่ทำไม่ได้ ความจำและสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองทางลบ บางครั้งมีความคิดอยากตาย หรืออยากฆ่าตัวตาย

3. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (behavioral changes) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่สนใจในภาพลักษณ์ของตนเอง การดูแลตนเองลดลง ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน ไม่ไปโรงเรียน หรือไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของโรงเรียน แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม ไม่สนใจและไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว มีพฤติกรรมในการทำร้ายตนเอง หรือบางครั้งเก็บตัวอยู่คนเดียวในห้วงตลอดเวลา

4. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (physical changes) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความอยากรับประทานอาหารลดลงทำให้น้ำหนักลดลง หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้นจนน้ำหนักเพิ่มขึ้น การพูดหรือเคลื่อนไหวเชื่องช้า มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติไป เช่น นอนมาก หรือนอนน้อยกว่าปกติ ขาดความสนใจในเรื่องเพศ มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากมักมีอาการทางกายร่วมด้วย และเกิดกับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และเจ็บหน้าอก เป็นต้น บางคนรู้สึกวุ่นวาย น้ำหนักลดลง บ่นว่าเปลี้ยมากจนไม่อยากเคลื่อนไหว

โดยปกติวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติดังกล่าว แต่บางครั้งการแสดงออกอาจไม่ชัดเจนเช่นเดียวกับวัยรุ่นผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยรุ่นบางคนยังไม่สามารถเข้าใจ หรือบรรยายอารมณ์ของตนเองได้มากนัก (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012) อย่างไรก็ตามกล่าวโดยสรุปว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักแสดงออกด้วยความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นหลัก ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ ร้องไห้ง่าย แต่อาจ

ไม่บอกว่าคุณเองเศร้า มักบ่นว่ารู้สึกเบื่อ ไม่มีแรงจูงใจ ไม่อยากทำอะไร เก็บตัวหรือแยกตัวอยู่คนเดียว บางครั้งสวมเสื้อผ้าหรือแต่งกายด้วยสีหม่น เช่น สีดำ สีน้ำเงิน หรือสีเทา เป็นต้น ชอบฟังดนตรีที่มีเนื้อหาสาระหรือจังหวะที่ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ จดจ่อในเรื่องต่างๆ ทำให้ขาดความสนใจเอาใจใส่ในการเรียน ผลการเรียนตก ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างชัดเจน บางครั้งแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียวให้ความสนใจกับโลกในสังคมออนไลน์มากกว่าสังคมปกติ นอกจากนี้วัยรุ่นที่ซึมเศร้ามักมีปัญหาด้านการนอนหลับ โดยส่วนใหญ่มักนอนเปิดโทรทัศน์ หรือไม่หลับตลอดคืน หรือบางคนก็นอนมากจนเกินไปจนตื่นสาย และไม่อยากทำอะไร บางครั้งก็ขาดเรียน (Santrock, 2014; Thapar et al., 2012) ซึ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือโรคอื่นๆ ได้ง่าย เช่น พฤติกรรมติดเกมส์ การติดสารเสพติด หรือโรคที่มีความผิดปกติในการกิน เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

นอกจากนี้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรง และเป็นระยะเวลาานมากกว่า 2 สัปดาห์จนส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก หรือสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองทั้งในด้านการเรียน การทำงาน หรือทางสังคม จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) ดังนี้

a. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ โดยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ (1) ซึมเศร้าโดยมีอาการเป็นเกือบทั้งวัน (2) ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก (3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน (4) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ (5) psychomotor agitation หรือ retardation (6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล (8) สมาธิลดลง ลังเลใจ (9) คิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตาย

b. ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือ

ทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

c. ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด

หากวัยรุ่นรายใดมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่เพื่อลดการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีการแสดงออกของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันไป โดยอาจไม่มีรูปแบบของการแสดงออกที่ชัดเจนหรือแน่นอนตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค วัยรุ่นบางคนอาจแสดงออกด้วยอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือรุนแรง มีปัญหาในการคบเพื่อน ปัญหาทางการเรียน มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น (Rao et al., 2000; Santrock, 2014) ดังนั้นบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ครู อาจารย์ เพื่อน จึงควรเฝ้าระวัง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและการแสดงออกที่เปลี่ยนแปลงไปของบุตรหลานอย่างใกล้ชิด เพื่อสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ (Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011)

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจุบันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังไม่สามารถทราบสาเหตุที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอาจพอสรุปสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological theories) จากการศึกษพบว่า ภาวะซึมเศร้าอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านชีวภาพภายในบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetics) โดยเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติในระดับยีน (gene) ที่สามารถถ่ายทอดสู่บุตรหลานได้ ถึงแม้ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความบกพร่องของยีนใดก็ตาม แต่จากการศึกษายืนยันว่าลักษณะทางพันธุกรรมอาจมีความ

เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าบุคคลที่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่ไม่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้า ส่วนเด็กที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึง 3 เท่าของเด็กที่มีบิดาหรือมารดาไม่มีภาวะซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้เด็กที่มีบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร่ายังมีความเสี่ยงสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่ออายุน้อยและมีโอกาสเป็นซ้ำสูง (Thapar et al., 2012)

ส่วนปัจจัยทางด้านสารชีวเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศรารวมทั้งมีผลต่อรูปแบบการรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน โดยจากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยพบว่าวัยรุ่นที่ซึมเศร้ามักมีการหลั่งของสารสื่อประสาท serotonin, dopamine และ norepinephrine ลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ (Stuart, 2013) รวมทั้งอาจพบความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองบริเวณ limbic system ที่ส่งผลให้มีความผิดปกติทางด้านความคิดและอารมณ์ที่ชัดเจนมากขึ้น (Santrock, 2014)

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ (hormone and endocrine system) มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าโดยตรงจากการตรวจระดับฮอร์โมนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีระดับ glucocorticoid เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบว่าระดับ thyroid stimulating hormone (TSH) สูงขึ้น ในบางคนยังอาจพบว่าระดับของ growth hormone ลดลง ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายอีกด้วย (Goodyer, 2009) สำหรับวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในช่วงวัยรุ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลให้วัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูง โดยจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Santrock, 2014)

2. ปัจจัยทางด้านความคิด (cognitive factors) ปัจจุบันมีทฤษฎีทางด้านความคิดที่หลากหลายสนับสนุน

ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากลักษณะความคิดที่บิดเบือนของบุคคลที่ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล โดย Beck (2011) กล่าวว่า ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรับรู้ การแปลผล และความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ (negative automatic thoughts) ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของความคิดทางลบ และมีการแปลความไม่อยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริงทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต เมื่อบุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบก็จะมองตนเองในเชิงลบ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง คาดหวังสิ่งต่างๆ รอบตัวและอนาคตข้างหน้าในเชิงลบ รู้สึกสิ้นหวัง และล้มเหลว และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด จากการศึกษาพบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นได้ (Schniering & Rapee, 2004; Vatanasin et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านความคิดอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ ลักษณะความคิดแบบครุ่นคิด (ruminative thought) (Thanoi et al., 2010; Vatanasin et al., 2012) และการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem solving) (Abela, Vanderbilt, & Rochon, 2004; Chang, 2004; Vatanasin et al., 2012) เป็นต้น

3. ปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่มากกระทบกับตัวตนของวัยรุ่นและส่งผลให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ซึ่งจากพัฒนาการของวัยรุ่นเองที่ต้องการยอมรับความรัก และความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ดังนั้นหากไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลที่ดีก็จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง สับสน ไม่มีความสุข เสียใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นช่วงวัยที่เปราะบางและอ่อนไหวต่อสถานการณ์หรือภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมทั้งเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตประจำวัน (Santrock, 2014) ซึ่งมีงานวิจัยที่หลากหลายที่สนับสนุนว่าปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งในส่วนของบิดามารดา เพื่อน อาจารย์หรือบุคคลใกล้ชิด (Boonyamalik, 2005; Thanoi et al.,

2010) การทำหน้าที่ของครอบครัว และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (ฉันทนา แรงสิงห์, 2554) แรงสนับสนุนทางสังคม (ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, อธิศักดิ์ สาตรา และ สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2555) และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (Boonyamalik, 2005; Vatanasin et al., 2012) เป็นต้น

ปัจจุบันถึงแม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในการทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แต่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นองค์ประกอบที่ซับซ้อน และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่หลากหลายทั้งในส่วนของปัจจัยด้านชีวภาพ ความคิด และสังคม ดังนั้นหากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่หลากหลายก็จะสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน โดยมีการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า มีการจัดกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมปัจจัยปกป้องอย่างครอบคลุมก็จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถช่วยลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าลง (Garber, 2006)

การช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

รูปแบบการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 2 วิธี ได้แก่

1. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (anti-depressant drug) มักใช้กับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงจนได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งส่วนใหญ่มักมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการทางจิตอื่นร่วมด้วย โดยยาด้านเศร้านี้จะไปช่วยยับยั้งและปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ปัจจุบันยาด้านเศร้านี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ ได้แก่ (1) ยากลุ่ม tricyclic antidepressants-TCA ได้แก่ Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine (2) ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Paroxetine Escitalopam และ (3) ยาในกลุ่ม serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ได้แก่ Velafaxine, Mirtazepam เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล

และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2. การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) เป็นการใช้อำนาจจิตที่มุ่งเน้นในการจัดการกับความวิตกกังวล อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เหมาะกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปานกลาง ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าใช้จ่ายในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) หรือการบำบัดด้วยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy [IPT]) (Gladstone et al., 2011)

สำหรับในประเทศไทย จากคำแนะนำของแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่เสนอว่าการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในช่วงแรกควรเริ่มจากการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI เช่น Fluoxetine ร่วมกับการให้คำแนะนำ ฝ้าระวังความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด สำหรับวัยรุ่นมีอาการดีขึ้น หรือมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate) ควรเริ่มต้นด้วยการทำจิตบำบัดโดยใช้รูปแบบการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2553)

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจุบันมีการศึกษาที่หลากหลายเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่จะพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมที่ใช้ป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ หรือลดความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดนำไปสู่โรคซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการดำเนินการที่หลากหลาย ซึ่งอยู่ภายใต้ระบบการจำแนกการบริการของสถาบันทางการแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine Classification System [IOM]; Sutton, 2007) ดังนี้

1. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นปกติ (universal depression prevention) เป็นการพัฒนาโปรแกรมเพื่อมุ่งเน้นในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม

วัยรุ่นทั่วไป ส่วนใหญ่มักจัดกิจกรรมโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (school based program) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา การเผชิญปัญหา หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านความคิดหรืออารมณ์ (NHMRC, 2011) ตัวอย่างโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ การเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาเพื่อชีวิต (problem solving for life [PSFL]) โปรแกรมแหล่งประโยชน์สำหรับวัยรุ่น (resourceful adolescent program [RAP]) โปรแกรมเพื่อน (FRIENDS program) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น (Fisak, Richard, & Mann, 2011) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมเหล่านี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและลดอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้ในระยะยาว (Gladstone et al., 2011)

2. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง (selective depression prevention) เป็นการจัดการกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มนักเรียนที่มีบิดามารดามีประวัติซึมเศร้า มีความเครียด หรือมีภาวะวิกฤติในชีวิต เช่น ครอบครัวหย่าร้าง หรือมีการสูญเสีย เป็นต้น ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมในลักษณะนี้ส่วนใหญ่มักจัดกระทำในส่วนของโรงเรียนเป็นฐาน (school based) ครอบครัวเป็นฐาน (family based) หรือชุมชนเป็นฐาน (community based) โดยมุ่งเน้นกลุ่มวัยรุ่นที่มีบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ลักษณะการจัดการที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับความวิตกกังวลที่บิดเป็น การปรับโครงสร้างความคิดใหม่ และการเสริมสร้างทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว (NHMRC, 2011) ตัวอย่างโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการฟื้นตัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติ (penn-resiliency program [PRP]) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น (Dieu, 2015; Gladstone et al., 2011; Sutton, 2007)

3. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า (indicated depression prevention) เป็นการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัย

รุ้นที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้า เนื้อหาของโปรแกรมจะมีความเข้มข้นในการจัดการกับภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการทำจิตบำบัด การจัดการกับพฤติกรรม หรือปัญหาด้านสัมพันธภาพ (NHMRC, 2011) ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเนื้อหาของโปรแกรมให้มีความทันสมัยโดยดึงเอาระบบอินเทอร์เน็ตมาเป็นฐาน (internet based) ในการติดตามหรือประเมินผล ซึ่งพบว่ามีความทันสมัย คุ่มทุน และมีประสิทธิภาพมากในการลดภาวะซึมเศร้า (Dieu, 2015; Gladstone & Beardslee, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ในปัจจุบันค่อนข้างที่จะมุ่งเน้นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยปกป้องในวัยรุ่นปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความสามารถในการปรับตัว มีความเข้มแข็งในการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมากขึ้น ปัจจุบันมีความพยายามในการนำโปรแกรมเหล่านี้มาใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่พบการใช้โปรแกรมเหล่านี้ไม่แพร่หลายเท่าที่ควร

กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือเป็นส่วนหนึ่งของขอบเขตงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดรักษาการเจ็บป่วยทางจิต และการฟื้นฟูสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมปัจจัยปกป้อง (protective factors) และลดปัจจัยเสี่ยง (risk factors) (Garber, 2006) โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ลดอัตรา ความชุก ความรุนแรง ระยะเวลา และผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ลดการกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแต่ละระดับ

มีดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ กลยุทธ์ในการป้องกันระดับนี้มุ่งเน้นในการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การจัดนิทรรศการเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ความเข้มแข็งในการมองโลก ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น และลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีการมองโลกตามสภาพความเป็นจริง และสามารถจัดการกับอารมณ์ภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gladstone et al., 2011; Stuart, 2013)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการดำเนินงานเพื่อลดความรุนแรงของวัยรุ่นที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะแรก เพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้านั้นยาวนาน หรือรุนแรงมากขึ้นด้วยการค้นหาวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก และให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที การป้องกันในระดับนี้พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เพื่อลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลง กลยุทธ์ในการป้องกันระดับนี้ ได้แก่ การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียน การบริการให้คำปรึกษาในโรงเรียน เป็นต้น (Dieu, 2015; Gladstone & Beardslee, 2009)

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น การฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด เป็นต้น โดยกลยุทธ์ที่ใช้เป็นไปเป็นลักษณะเพื่อช่วยให้วัยรุ่นพ้นหายจากภาวะซึมเศร้า ลดความทุกข์ทรมาน และลดอัตราการฆ่าตัวตาย รวมทั้งช่วยฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข มีผลการเรียน

ที่ดีขึ้น มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น ซึ่งการป้องกันในระยนี้ส่วนใหญ่เป็นการประสานความร่วมมือกันระหว่างวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรในทีมสุขภาพในการปรับประคับประคองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีการดำเนินงานโดยวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อที่ชัดเจน มีการให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาซึมเศร้าซ้ำอีก (Dieu, 2015; Gladstone et al., 2011; Sutton, 2007)

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มต้นตั้งแต่การลดปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ รวมทั้งค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นดังนี้

1. การสร้างความตระหนักรู้ และความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งถือเป็นนโยบายเชิงรุกที่มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ แต่หากไม่ได้รับการดูแลหรือแก้ไขก็อาจส่งผลกระทบต่อตามมาได้ รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การป้องกัน และแนวทางการช่วยเหลือที่ถูกต้อง

2. การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จากผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการค้นหาวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง หรือการคัดกรองวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะแรกจะสามารถช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าลงได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการวางแผนการดำเนินงาน และกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการประเมิน ค้นหา เฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกราย ซึ่งปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้แนะนำให้ใช้แบบคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Center for Epidemiology Studies Short Depression [CES-D]) ฉบับภาษาไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญฤทธิ์ และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) นอกจากนี้พยาบาลยังควรประเมินหรือค้นหาปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ทั้งในส่วนของวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชนอย่างครอบคลุม เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการทำร้ายตนเอง เหตุการณ์สูญเสียในชีวิต ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของครอบครัว ประวัติการถูกทารุณกรรม เป็นต้น

1. การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น โดยมีการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมปัจจัยด้านบวกที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น พลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งในการมองโลก ทักษะการแก้ปัญหา เป็นต้น หรือจัดโครงการเพื่อเสริมสร้างทักษะในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การจัดการความเครียด ทักษะการจัดการกับปัญหา เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้วัยรุ่นแกนนำ หรืออาจารย์เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่เหมาะสม โดยมีการประสานขอความร่วมมือกับทางโรงเรียน ชุมชน หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ผู้ปกครอง อาจารย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นที่ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยง การประเมินภาวะซึมเศร้า เบื้องต้น แนวทางการป้องกัน การช่วยเหลือ การรักษา และการส่งต่อ รวมทั้งเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติตนเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่กดดัน

3. การประสานงานกับทางโรงเรียนเพื่อเปิดคลินิกให้คำปรึกษา หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึก รวมทั้งมีการเปิดบริการสายด่วนเพื่อให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

4. การพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดให้มีบริการให้คำปรึกษา รายบุคคล การทำจิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยประสานความร่วมมือกับโรงเรียน สถานบริการ ด้านสุขภาพ และชุมชน

5. การพัฒนาระบบส่งต่อ โดยประสานความร่วมมือกับทางโรงเรียนในการส่งต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

รุนแรงมารับการรักษา รวมทั้งเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับอาจารย์หรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

6. การให้ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำกับโรงเรียน ในเชิงนโยบายเกี่ยวกับการบรรจุกิจกรรมหรือโปรแกรม ป้องกันภาวะซึมเศร้าไว้ในหลักสูตร หรือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดให้มีการอบรมนักเรียนแกนนำ อาจารย์ผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษา และช่วยเหลือเบื้องต้นภายในโรงเรียน นอกจากนี้ยังควรเสนอให้มีการจัดสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับวัยรุ่น เช่น การจัดให้มีห้องพักใจ หรือ กิจกรรมผ่อนคลายอย่างเหมาะสมกับโรงเรียน เป็นต้น

สรุป

ปัจจุบันรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในประเทศไทยยังขาดความชัดเจนและเป็นระบบ ทั้งนี้เนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรวมทั้งความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยที่ยังไม่ครอบคลุมในทุกภาคส่วน ซึ่งการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน โรงพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามปัจจุบันทางกรมสุขภาพจิตได้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นมากขึ้นจึงได้มีนโยบายเชิงรุกในการให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเข้าไปคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของเด็กหรือวัยรุ่นในโรงเรียนมากยิ่งขึ้น โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานหรือคลินิกวัยใสในโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง เพื่อดูแลภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นให้มากขึ้น ดังนั้นการทำความเข้าใจในเรื่องของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้อย่างครบวงจรมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 42-56.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.
- Abela, J. R. Z., Vanderbilt, E., & Rochon, A. (2004). A test of the integration of the response styles and social support theories of depression in third and seventh grade children. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 653-674.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. VA: American Psychiatric Association.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z.

- Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6-32). New York: Guilford.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Unpublished doctoral dissertation, Johns Hopkins University, Maryland, USA.
- Boyd, C. P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T. H., & Shek, D. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparison with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology, 161*(4), 479-492.
- Chang, E. C. (2004). Distinguishing between ruminative and distractive responses in dysphoric college students: Does indication of past depression make a difference? *Personality and Individual Differences, 36*, 845-855.
- Dieu, K. (2015). Prevention and intervention of depression in Asian-American adolescents. *Contemporary School Psychology, 1*, 1-11.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry, 59*, 225-231.
- Fisak, B. J., Richard, D. & Mann, A. (2011). The Prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Sciences, 12*, 255-268.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 31*(6), S104-125.
- Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(4), 212-221.
- Gladstone, T.R., Beardslee, W.R. & O'Connor, E. E. (2011). The Prevention of Adolescent Depression. *Psychiatric Clinic of North America, 34*(1), 35-52.
- Goodyer, I.M. (2009). Early onset depression: meanings, mechanism, and process. In S. Nolen-Hoeksema. & L. M. Hilt. (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.
- Graber, J. A., & Sontag, L. M. (2009). Internalizing problems during adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Hankin, B. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior, 8*, 102-114.
- Huang, C. Y., Sousa, V. D., Tu, S. Y., & Hwang, M. Y. (2005). Depressive symptoms and learned resourcefulness among Taiwanese female adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*(3), 133-140.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 353-363.
- Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. *Western Journal of Nursing Research, 23*(4), 360-375.

- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2011). *Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults*. Melbourne: beyond blue.
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2011). *Depression*. Washington: U. S. Government Printing Office.
- Perera, B., Torabi, M. R., Jayawardana, G., & Pallethanna, N. (2006). Depressive symptoms among adolescents in Sri Lanka: Prevalence and behavioral correlates. *Journal of Adolescent Health, 39*, 144-146.
- Rao, U., Daley, S. E., & Hammen, C. (2000). Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 215-222.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(3), 464-470.
- Song, S. J., Ziegler, R., Arsenault, L., Fried, L. E., & Hacker, K. (2011). Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *Journal of School Nursing, 27*(6), 455-462.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C.L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 160-167.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52*, 83-110.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2013). *Results from the 2013 National survey on drug use and health: Mental health*. Rockville: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sutton, J. M. (2007). Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions. *Clinical Psychology Review, 27*, 552-571.
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R., & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(3), 187-202.
- Thapar, A., Collishow, S., Pine, D. S. , & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet, 379*(17), 1056-1067.
- Thiamkaew, K., Phuaphanprasert, B., Mahatnirunkul, S., & Pannarunothai, S. (2007). Depression care cost in Thai public service settings. *Journal of Mental Health of Thailand, 15*(1), 11-19.
- Townsend, M. C. (2014). Essentials of psychiatric mental health nursing: *Concepts of care in evidence-based practice* (6th ed.). Philadelphia: F. A Davis.
- Vatanasin, D., Thapinta, D., Thompson, E.A., & Thungjaroenkul, P. (2012). Testing a model of depression among Thai adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 25*, 195-206.