

บทความทางวิชาการ

บทบาทพยาบาลอนามัยโรงเรียนกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ฉันทนา แรงสิงห์*

Reangsing, C.

Role of school nurses in caring for adolescents with depression.

Thai Journal of Nursing, 62(2), 59-68, 2013.

Key Words: Depression, Adolescent, School Nurse.

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แอบแฝงที่พบบ่อยและสังเกตได้ค่อนข้างยาก มีอาการและอาการแสดงแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยมักแสดงออกทางความเจ็บป่วยทางกาย มีอารมณ์เศร้า เสียใจ ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัว ไม่สนใจการเรียน และพฤติกรรมใช้สารเสพติด หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงทีจะมีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์

พฤติกรรม และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม และมักนำไปสู่การฆ่าตัวตาย พยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การประเมินภาวะซึมเศร้า แนวทางการบำบัดรักษา และบทบาทในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะสามารถให้การดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง ทันท่วงที และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจตามมาได้

Abstract

Depression is a latent mental health problem which is commonly found among adolescents. Signs and symptoms of depression in adolescents are different from the adults. Physical illnesses, sadness, distress, lack of concentration, aggressive behavior, isolation, lack of attention to studies and use of addicted drugs are the major expression. Without prompt and proper caring, depression is likely to affect adolescents' thought, emotion, behavior and social-life skills and frequently leads to suicide. School nurses who have proper knowledge and understanding on signs and symptoms of depression, its assessment, treatment guideline and their roles, will be able to help depressive adolescents to get prompt and appropriate caring as well as prevention for undesirable consequences.

* อาจารย์ ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ประเมินได้ค่อนข้างยากและนับวันมีอัตราการเกิดสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อความคิด พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมในสังคม พบว่ามีความชุกสูงกว่าวัยเด็กถึงร้อยละ 36 (Rodrigo et al., 2010) และมีอุบัติการณ์ ร้อยละ 20 – 50 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดู วิธีการดำเนินชีวิต อัตราการแข่งขันทางการศึกษา และทักษะในการจัดการกับปัญหา (Moon, 2010) โดยทั่วไปไม่แสดงอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน แต่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มั่วสุมเสพสารเสพติด และมีพฤติกรรมคลุ้มเคลือบ (Basaran, Kaynak-Demir, & Sonmez, 2010) มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนถึงการคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (Hatcher-Kay & King, 2003) โดยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึงร้อยละ 8 (Ruangkanchanasetr, Plitponkarpim, Hetrakul & Kongsakon, 2005) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางจิตเวชอื่นๆ อีก เช่น โรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตแบบเพ้อคลั่ง (Mania) ร้อยละ 25 และมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 50 (Kim-Cohen et al., 2003) จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อนำไปใช้ในการดูแลวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ หดหู่ เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ การคิด การเรียน การดำเนินชีวิตประจำวัน และการอยู่ร่วมในสังคม (Mohr, 2009) สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร่านั้นยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังนี้

1. พันธุกรรม จากงานวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ กรณีพี่น้องสายตรงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20-50 (Richardson & Katzenellenbogen, 2005) กรณีฝาแฝดโอบเดียวกัน เมื่อแฝดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสเกิดถึงร้อยละ 70-80 แต่ถ้าเป็นแฝดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดร้อยละ 10-25 (Shives, 2008)
2. สารชีวเคมีในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงสารชีวเคมีในสมองส่วน limbic system โดยมีการลดระดับของสารสื่อประสาทกลุ่ม catecholamine ได้แก่ norepinephrine, dopamine และ serotonin (Shives, 2008; Mohr, 2009) ระดับของฮอร์โมน cortisol และการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติของต่อมไร้ท่อส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารพวก melatonin, prolactin และฮอร์โมนฟอลลิเคิลสติมิวเลติง (FSH), testosterone, somatostatin และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (Shives, 2008) ทั้งนี้ยังรวมถึงความเจ็บป่วยที่มีผลต่อสภาพลักษณะและความสามารถของวัยรุ่นร่วมด้วย (Frances, 2010)
3. สิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่แสดงออกถึงความก้าวร้าว ความรุนแรง ใช้วิธีการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม ไม่สนใจให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Zalsman, Brent, & Weersing, 2006) รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ต่างๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ สภาพเศรษฐกิจที่ต่ำ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกทารุณกรรมทางร่างกายและเพศ การถูกทอดทิ้ง การหย่าร้างของผู้ปกครองและการไม่มีเพื่อน (AACAP, 2007; Richardson & Katzenellenbogen, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวล ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงบ่อยๆ มีปัญหาทางการคิดรู้และมีความบกพร่องของทักษะการอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่น

มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความคิดในเชิงลบต่อตนเอง และมองสังคมในแง่ร้าย จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ เกิดความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้าตามมา (Beck, 1967 cited in Carol, 2009; Vanya & Michelle, 2010)

อาการและอาการแสดง

ลักษณะของอาการและอาการแสดงแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีลักษณะที่ไม่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้เหมือนปกติทั่วไป มีเพียงความรู้สึกหดหู่ ไม่ค่อยมีความสุข ไม่มีสมาธิและไม่ค่อยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เหมือนปกติ ในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงพบแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันมีความแปรปรวน มีพฤติกรรมแยกตัว รู้สึกตนเองไม่มีความหมาย ไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะสำคัญเหล่านี้สามารถจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ (Schimelpfening, 2010)

1. ด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ไม่สบายใจ วิตกกังวลและว้าวุ่นใจ
2. ด้านความคิด ได้แก่ คิดเชิงลบต่อตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวัง แยกตัว ไม่อยากพบปะผู้คน และคิดทำร้ายตนเอง
3. ด้านร่างกาย ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง

ความอยากรับประทานอาหาร เบื่ออาหารหรือหิวบ่อยมากขึ้น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

4. ด้านพฤติกรรม ได้แก่ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและหลบหนี หรือมีกิจกรรมต่างๆ ตลอดเวลา ไม่อยู่นิ่ง และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ประเด็นสำคัญที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนควรระวังคือ อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนี้มีความหลากหลาย สามารถพบได้ทั้งในกรณีที่มีความเจ็บป่วยด้านอื่นๆ ร่วมด้วย จึงควรมีทักษะในการสังเกตและประเมินวัยรุ่นเหล่านี้ โดยการประเมินจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ร่วมด้วย และติดตามอย่างต่อเนื่อง

การเฝ้าระวังและการคัดกรอง

การเฝ้าระวังและการคัดกรอง ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญของการประเมินภาวะซึมเศร้า (Bailey, Zauszniewski, Heinzer, & Hemstrom-Krainess, 2007) ในการช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่อาจตามมา แบบประเมินที่นำมาใช้ในการคัดกรองมีความหลากหลาย (ตาราง 1) การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการคัดกรอง คุณสมบัติของเครื่องมือ ทักษะ และความพร้อมของบุคลากรทางด้านการศึกษา บุคลากรทางด้านสุขภาพ และตัวของวัยรุ่นเอง เนื่องจากเครื่องมือบางชนิดต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะของผู้ใช้เครื่องมือเป็นส่วนประกอบในการคัดกรองร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความตรงน่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือวัยรุ่นต่อไป

เครื่องมือ	เกณฑ์อายุ	จำนวนข้อ	ความตรงและความเที่ยง	แหล่งสืบค้น
Beck Depression Inventory II (BDI)	13-18 ปี	21 ข้อ	ระดับดี - ดีมาก ความเที่ยง = 0.93-0.95	http://psychcorp.com
Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย	15-18 ปี	20 ข้อ	ระดับดี ความเที่ยง = 0.86	http://www.dmh.moph.go.th/test/cesd/
Patient Health Questionnaire- adolescent version (PHQ-A)	13-18 ปี	83 ข้อ (9 ข้อคำถาม สำหรับวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า)	ระดับดี ความเที่ยง = 0.76	http://www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkit/
Children's Depression Inventory	7-17 ปี	27 ข้อ	ระดับดี ความเที่ยง = 0.66-0.82	http://psychcorp.com
Pediatric Symptom Checklist	3-16 ปี	35 ข้อ	ระดับดี - ดีมาก ความเที่ยง = 0.80	http://psc.parners.org
Guidelines for Adolescent Preventative Services Questionnaire	11-21 ปี	72 ข้อ (วัยรุ่นตอนต้น) 61 ข้อ (วัยรุ่นตอนกลาง และตอนปลาย)	ระดับดี ความเที่ยง = 0.72	http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1980.html

ตาราง 1 ตัวอย่างเครื่องมือที่นิยมนำมาคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

แหล่งที่มา : อูมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539; Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996; Bethell, Klein, & Peck, 2001; Craighead, Smucker, Craighead, & Ilardi, 1998; Finch, Saylor, Edwards, McIntosh, 1987; Navon, Nelson, Pagano, & Murphy, 2001; Sprinkle, Lurie, Insko, Atkinson, Jones, Logan, et al., 2002.

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในกรณีคัดกรองแล้วพบว่า มีอาการของภาวะซึมเศร้า บทบาทของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่สำคัญคือ การประเมินข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติมได้แก่ ประสพการณ์ในการเผชิญปัญหาวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่โรงเรียน สภาพแวดล้อมในชุมชน ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน พฤติกรรมก้าวร้าว การหนีเรียน ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว ธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ ความบกพร่องในการเรียนรู้ (learning disorders) ประวัติพัฒนาการในแต่ละขั้นตอน (Frances, 2010) ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด เพราะยาบางกลุ่มมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ยาขยายหลอดลม ยาคลายความวิตกกังวล ยานอนหลับ ยาคุมกำเนิด ยาแก้อักเสบ และแอลกอฮอล์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจการทำงานของต่อม thyroid การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ ระดับเกลือแร่ในเลือด การทำงานของไต (blood urea nitrogen, creatinine, creatinine clearance) การทำงานของตับ และระดับฮอร์โมนในร่างกาย (Jeffery, Sava, & Winters, 2005) ทั้งนี้ควรตรวจสภาพจิต และประเมินโรคทางจิตเวชร่วมด้วยเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Hamrin & Pachler, 2005)

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นประเด็นที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนควรตระหนักในการประเมินวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จากงานวิจัยพบว่า ร้อยละ 80-90 ของวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นบุคคลที่เคยประสบกับภาวะซึมเศร้า (Hatcher-Kay & King, 2003) การประเมินความเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมแผนการ วิธีการ เวลา สถานที่ และความเป็นไปได้ (AAP, 2000) ลักษณะของคำถามที่เหมาะสมต้องไม่เป็นคำถามที่สามารถกระตุ้นให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดฆ่าตัวตาย (Hatcher-Kay, & King, 2003) ตัวอย่างของคำถามที่เหมาะสม มีดังนี้ (APA, 2002; Vanya & Michelle, 2010).

1. อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจในตอนนี้?

2. ที่ผ่านมาคุณเคยถูกทำร้ายหรือไม่? คุณเคยถูกทารุณกรรมหรือไม่?

3. คุณปรารถนาให้ตนเองจบชีวิตหรือไม่?

4. คุณเคยรู้สึกไม่สบายใจจนมีความคิดทำร้ายตนเองหรือไม่?

5. ตอนนี้คุณต้องการที่จะทำให้ตนเองบาดเจ็บหรือทำร้ายตนเองหรือไม่?

6. คุณมีปืนหรืออาวุธอย่างอื่นหรือไม่?

7. คุณเคยทำให้ตนเองบาดเจ็บหรือทำร้ายตนเองหรือไม่? วิธีใด? (ถ้าเคย)

8. คุณมีแผนการที่จะทำร้ายตนเองหรือไม่? แผนการคืออะไร? (ถ้ามี)

นอกจากนี้ ควรประเมินลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัว การเอาใจใส่ของครอบครัว ประวัติของครอบครัวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว (Hatcher-Kay & King, 2003) และความพึงพอใจในลักษณะทางเพศของตนเอง ทั้งนี้พบว่า เกย์ เลสเบียน ทอม และกลุ่มเพศที่สองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายร่วมด้วย (AAP, 2000)

แนวทางการบำบัดรักษา

ปัจจุบันการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามี 2 รูปแบบหลักๆ คือ การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (psychosocial therapies) และการบำบัดรักษาด้วยยา (psychopharmacotherapy)

1. การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ที่นิยมใช้มีดังนี้

1.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้วัยรุ่นเพิ่มการตระหนักรู้ต่อความเป็นจริง ลดการคิดเชิงลบ หรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลของตนเอง แล้วปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองในทางที่เหมาะสม มักนิยมใช้ในกรณีที่วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง

ปานกลาง โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 60-90 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละครั้ง นานประมาณ 12-16 สัปดาห์ โดยวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดจะได้รับการบ้านจากผู้บำบัดไปฝึกหัดให้ฝึกคิดเชิงบวกและการคิดอย่างมีเหตุผล ทั้งนี้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาโดยการให้กำลังใจ แรงเสริมทางบวกและช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นได้ฝึกกระบวนการคิดเชิงบวกและการคิดอย่างมีเหตุผลที่บ้าน (Ayman, Hadan-Mansour, & Amal, 2009; Gruttadaro, 2010)

1.2 จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เน้นให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเชื่อมโยงอารมณ์กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นต้นเหตุของปัญหาใน 4 ประเด็น ได้แก่ ภาวะโศกเศร้า เสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ยาก ทั้งนี้มุ่งให้วัยรุ่นมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น แต่ไม่เน้นการแก้ความขัดแย้งในจิตใจ (พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2550; Cuijpers, Donker, Van, Straten, Li, & Anderson, 2010)

1.3 การให้ความรู้และการประคับประคองครอบครัว (family education and support) เน้นการฝึกประสบการณ์ทางอารมณ์และฝึกครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ได้แก่ การเข้าใจในความรู้สึก การให้กำลังใจ การลดความตึงเครียด/ความอายนและการตำหนิ และการให้ความรู้ในเรื่องลักษณะของอาการซึมเศร้า แนวทางการบำบัดรักษา ทักษะในการอบรมเลี้ยงดู ทักษะการแก้ปัญหา แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการลดความเครียด ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือและประคับประคองวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าให้อยู่ร่วมในสังคมได้ (Gruttadaro, 2010)

2. การบำบัดรักษาด้วยยา ในกรณีวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การบำบัดรักษาด้วยยาจะเป็นสิ่งที่จำเป็นมากกว่ายาที่นิยมใช้คือ ยาต้านเศร้า (antidepressant)

ในกลุ่มของ selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ได้แก่ Prozac (Fluoxetine) และ Lexapro (Escitalopram) ชนิดของยาที่ใช้ในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดง เป้าหมายของวัยรุ่น/ครอบครัวในการบำบัดรักษา และผลดี-ผลเสียของการบำบัดรักษาด้วยยาร่วมด้วย (Keith & Kathleen, 2011).

การบำบัดรักษาทั้งสองวิธีดังกล่าวนี้ ยังไม่มีงานวิจัยใดที่สามารถบ่งชี้ว่ารูปแบบการรักษาใดดีที่สุด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ความต้องการหรือแรงจูงใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ครอบครัวและบริบทของสิ่งแวดล้อม แต่มีหลายงานวิจัยที่บ่งชี้ว่า การบำบัดรักษาที่ควบคู่ทั้งสองรูปแบบนี้ให้ประสิทธิภาพสูงกว่าการใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (Noel, 2005)

บทบาทของพยาบาลอนามัยโรงเรียนในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

การที่อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น บทบาทหนึ่งของพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่ถือว่ามีความสำคัญคือ การตระหนักรู้ถึงอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและมีความรู้ความเข้าใจถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือ บ่อยครั้งที่อาการซึมเศร้าของวัยรุ่นนั้นจะแสดงออกถึงความเจ็บป่วยทางกาย ถ้าพยาบาลอนามัยโรงเรียนไม่ได้ตระหนักถึงก็จะทำให้การช่วยเหลือวัยรุ่นไม่ตรงตามปัญหา และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นพยาบาลอนามัยโรงเรียนจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการประเมินทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของวัยรุ่น โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดใช้เทคนิคในการสื่อสาร ประคับประคองจิตใจ ยอมรับและไม่ตัดสินในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าปัจจุบันหน่วยงานทางการศึกษาไม่ได้มีนโยบายให้พยาบาลอนามัยโรงเรียนมีหน้าที่ในการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าดังกล่าว แต่พยาบาลอนามัย

โรงเรียนควรติดตามนโยบายของหน่วยงานการศึกษาถึงแนวทางการช่วยเหลือ และเป็นผู้นำของโรงเรียนในการกระตุ้นเดือนที่มีบุคลากรทางการศึกษาและผู้ปกครองให้มีความตระหนักรู้ต่อภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น และให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. **กรณีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง** ในกรณีที่ประเมินและคัดกรองวัยรุ่นเบื้องต้นแล้วพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางและไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลอนามัยโรงเรียนควรปฏิบัติต่อวัยรุ่นดังนี้ (Frances, 2010)

1.1 กระตุ้นให้พูดคุยเกี่ยวกับความไม่สบายใจ และค้นหาแนวทางในการจัดการปัญหา เพื่อระบายความรู้สึกซึมเศร้าและฝึกคิดในเชิงบวก (positive thinking)

1.2 ใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ในการแสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของวัยรุ่น (empathy) เพื่อสร้างความไว้วางใจ

1.3 ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมาย เพื่อให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับอารมณ์ไม่สบายใจที่เกิดขึ้นได้ โดยการประเมินถึงความต้องการหรือสิ่งที่วัยรุ่นต้องการเปลี่ยนแปลง

1.4 แสดงออกถึงการเห็นคุณค่าในการเพียรพยายามของวัยรุ่น โดยการให้แรงเสริมทางบวก เช่น รางวัล คำชมเชย เพื่อเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง

1.5 ช่วยส่งเสริมด้านเจตนาธรรมณ์ของวัยรุ่นถึงการวางแผนชีวิตในอนาคตให้บรรลุตามเป้าหมาย (มีความเป็นไปได้) เพื่อเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง

1.6 กระตุ้นให้รับประทานยาลดอาการซึมเศร้าตามแผนการรักษาและติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ กรณีพบว่า วัยรุ่นมีการหยุดยาเองหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า

1.7 ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานอาหารและกระตุ้นให้รับประทานอาหาร

เพิ่มเติมเมื่อพบว่ามีภาวะเบื่ออาหาร เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

1.8 แนะนำและกระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที เช่น เดิน แอโรบิค วิ่ง ปั่นจักรยาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทในสมอง ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.9 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนในโรงเรียนและบุคคลอื่น โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธ์ภาพและเทคนิคในการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างทักษะการอยู่ร่วมในสังคม

2. **กรณีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง** ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีโอกาสในการทำร้ายตนเองหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย การช่วยให้วัยรุ่นได้รับการบำบัดรักษาคือประเด็นที่สำคัญที่สุด บทบาทของพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีดังนี้

2.1 การประสานงานกับหน่วยงานทางสุขภาพในการส่งต่อ เพื่อให้วัยรุ่นดังกล่าวเข้ารับบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันที่ (Noel, 2005)

2.2 การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคลากรทางการศึกษา นักเรียนและผู้ปกครองถึงภาวะซึมเศร้าและแนวทางป้องกัน การปฏิบัติกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันการสร้างตราบาป (stigma) เนื่องจากเมื่อพิจารณาพัฒนาการของวัยรุ่น ภารกิจสำคัญของวัยรุ่นคือ การพัฒนาบุคลิกภาพ ความเป็นตัวตนและต้องการการยอมรับจากสังคม เมื่อวัยรุ่นประสบกับภาวะซึมเศร้า แต่เพื่อน บุคลากรทางการศึกษาผู้ปกครอง และสังคมไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ และให้ความร่วมมือกันช่วยเหลือ จะส่งผลให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำเพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ายุติรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Roeloffs, Sherbourn, Unutzer, Fink, Tang, & Wells, 2003)

การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลโรงเรียน การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดง

การคัดกรอง การประเมิน แนวทางการบำบัดรักษา และ ระดับความรุนแรงและสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่าง
 แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะช่วยจำแนก ทันท่วงทีและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- พีรพนธ์ ลีอนุญชวีชัย. (2550). อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะหวางบุคคล: หลักการและ
 แนวทางการดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 29-45.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41, 162-173.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2000). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*,
 105(4), 871-874.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2007). Practice parameter for psychiatric
 consultation to schools. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11),
 1503-1526.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.
 Washington, DC: Author.
- Ayman, M., Hamdan-Mansour, K. P., & Amal, G. B. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on
 depression symptomatology, stress and coping among Jordanian University students. [Electronic
 version]. *Issue in Mental Health Nursing*, 30, 188-96.
- Bailey, M., Zauszniewski, J., Heinzer, M., & Hemstrom-Krainess, M. (2007). Pattern of depressive symptoms
 in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 20(2), 86-95.
- Basaran, D., Kaynak-Demir, H., & Sonmez, I. E. (2010). Sense of identity and depression in adolescents.
 [Electronic version]. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52, 68-72.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA
 and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Bethell, C., Klein, J., Peck, C. (2001). Assessing health system provision of adolescent preventive service:
 the Young Adult Health Care Survey. *Medical Care*, 39(5), 478-490.
- Carol, C., (2009). Depressive disorders. In W.K. Mohr (Eds.). *Psychiatric mental health nursing: Evidence-
 based concept, skills, and practices* (pp. 531-7). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Craighead, W. E., Smucker, M. R., Craighead, L. W., & Ilardi, S. (1998). Factor analysis of the children's
 Depression Inventory in a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 156-165.

- Cuijipers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J., & Anderson, G., (2010). Is guides self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders?: A systematic review and meta-analysis for comparative outcome studies. [Electronic version]. *Journal of Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Finch, A. J., Saylor, C. F., Edwards, G. L. & McIntosh, J. A. (1987). Children's Depression Inventory: Reliability over repeated administrations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(4), 339-341.
- Frances, W. (2010). Supporting young people suffering from depression. [Electronic version]. *British Journal of School Nursing*. 5(9), 449-453.
- Gruttadaro, D. (2010). *A family guide: What families need to know about adolescent depression* (2nded.). Arlington, VA: NAMI Child and Adolescent Action Center.
- Hamrin, V., & Pachler, M. C. (2005). Child & Adolescent depression: Review of the latest evidence-based treatments. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(1), 54-63.
- Hatcher-Kay, C., & King. C. (2003). Depression and suicide. *Pediatrics in Review*, 24(11), 363-371.
- Jeffery, D. A., Sava, D. B., & Winters, N. C. (2005). Child and adolescent psychiatry: The essentials. In K. Cheng & K.M. Myers. (Eds.). *Depressive disorders* (pp. 169-188). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keith, C., & Kathleen, M. M. (2011). *Child and adolescent psychiatry: The essentials* (2nded.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, M., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorders: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Achieves of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Mohr, W. K. (2009). *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based concepts, skills and practice* (7thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moon, S. S. (2010). Youth-family, youth-school relationship and depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 27(2), 115-131.
- Navon, M., Nelson, D., Pagano, M., & Murphy, M. (2001). Use of the Pediatric Symptom Checklist in strategies to improve preventative behavioral healthcare. *Psychiatric Services*. 52, 800-804.
- Noel, M. D. (2005). Depression in children and adolescent. [Electronic version]. *The Journal of School Nursing*, 21(6), 311-316.
- Richardson, L., & Katzenellenbogen, R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of the primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 35, 1-24.

- Rodrigo, C., Wellgama, S., Gurusinghe, J., Wijeratne T. & Jayananda, G. (2010). Symptoms of anxiety and depression in adolescent students: A perspective from Sri Lanka. [Electronic version]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 10-13.
- Roeloffs, C., Sherbourn, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L., & Wells, K. B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. [Electronic version]. *General Hospital Psychiatry*, 25, 311-315.
- Ruangkanchanasetr, S., Plitponkarpim, A., Hetrakul, P., & Kongsakon, R. (2005). Young risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *Journal of Adolescent Health*, 36, 227-235.
- Schimelpfening, N. (2010). Signs and symptoms of depression in children. Retrieved May 12, 2012, from <http://www.depression.about.com/od/childhood/a/signs-symptoms.htm>.
- Shives, L. R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sprinkle, S. D., Lurie, D., Insko, S. L., Atkinson, G., Jones, G. L., Logan, A. R., et al. (2002). Criterion validity, severity cut scores, and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample: *Journal of Counseling Psychology*, 49, 381-385.
- Vanya, H., & Michelle, M. (2010). Assessment of adolescents for depression in the Pediatric Primary Care Setting. *Pediatric Nursing*, 36(2), 103-111.
- Zalsman, G., Brent, D., & Weersing, V. (2006). Depression in children and adolescents: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 827-841.