



การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

Nursing care of Adolescent with Depression

ภุมรินทร์ อินชวณี

ชนานันท์ แสงปาก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

สุภาพ เหมือนชู

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดขึ้นได้ง่าย ทั้งนี้เพราะในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการทางสติปัญญาเริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองตนเองและมองไปยังอนาคตข้างหน้า ถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง และขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งลักษณะอาการแสดงออกคล้ายผู้ใหญ่หลายอย่าง เช่น รู้สึกเศร้าสลด ความสนุกสนานลดลง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่กล้าสร้างสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม ดังนั้นการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จึงควรเริ่มต้นด้วยการประเมินอารมณ์ซึมเศร้าทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และด้านสรีรวิทยาว่ามีความเศร้าระดับต่ำ ระดับปานกลาง หรือระดับรุนแรง ให้การวินิจฉัยการพยาบาลว่ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่น สูญเสียการเรียน การทำงาน และทางสังคมเพียงใด จากนั้นให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมถึง การป้องกันอันตราย การสนับสนุนการปรับตัว การเข้าสังคม และการพัฒนาคุณค่าในตนเองเพื่อให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาตนเองเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : วัยรุ่น ภาวะซึมเศร้า การพยาบาล

Abstract

Depression in adolescents occurs easily because the cognitive development starts to be more abstract. They look at themselves and their future. If the environment surrounds with high stress and lack of proper support, depression will occur. Depression symptoms of adolescent are similar to those in adults, such as feeling sad, reduce fun, irritability, bored. low self-esteem, and afraid to build a relationship with the opposite gender. Therefore, nursing care for adolescent with depression should start with an assessment of depression emotions, behaviors, and thoughts, as well as physiology aspects to evaluate level of depression, low, moderate, or severe level. Setting the nursing diagnoses if they are at risk of self-harm or others, lose work classes, or society or not. Then, nursing interventions should be performed by covered all these aspects, including: preventing harmfulness, support



them for adaptation, help them to be involved in society, and develop their self-esteem so that they can develop themselves to be happy adults.

Keywords : Adolescent, Depression, Nursing care

บทนำ

วัยรุ่นถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่ามากที่สุดส่วนหนึ่งของประเทศ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มสำคัญที่จะต้องเป็นผู้สืบเนื่องความเป็นไปของสังคม และสามารถพัฒนาสังคมต่อไป วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในหลายๆ ด้าน พร้อมกัน อีริกสัน (Erickson, 1968) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีบุคลิกภาพว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาบุคลิกในหลายๆ ด้าน เช่น การพัฒนาความมีเอกลักษณ์กับความรู้สึกสับสน (identity vs. identity confusion) ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถผ่านพัฒนาการในด้านต่างๆ ได้ จะเกิดการสับสนในบทบาทของตนเอง และอาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายในวัยรุ่น และปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น ในต่างประเทศมีรายงานความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 7 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นโดยร้อยละ 75 ของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่มักมีอาการซึมเศร้าครั้งแรกตอนเป็นเด็กหรือวัยรุ่น (Jacobs , Reinecke , Gollan and Kane, 2008) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานปี พ.ศ. 2551 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3.3 ของประชากรทั้งหมด และวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในอัตรา 548 และ 185 รายต่อประชากรหนึ่งแสนรายตามลำดับ มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 5.77 ต่อประชากรหนึ่งแสนราย (กรมสุขภาพจิต,

2552) ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวผู้เขียนจึงเขียนบทความฉบับนี้ขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและกระบวนการพยาบาลในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้อ่านใช้ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2 ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยภายใน 2) ปัจจัยภายนอก

1. ปัจจัยภายใน

1.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factor)
โดยทั่วไปสามารถอธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมองโดยมีการลดลงของสารสื่อประสาทที่สำคัญได้แก่ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) การลดลงของสารสื่อประสาทจะทำให้เซลล์ประสาทในสมองไม่ถูกกระตุ้นส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งหลักการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง (มานิช หล่อตระกูล, 2558) และบุคคลที่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่ไม่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้า ส่วนเด็กที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึง 3 เท่าของเด็กที่มีบิดาหรือมารดาไม่มีภาวะซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2 ปัจจัยด้านฮอร์โมน (hormonal factor)
การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในช่วงวัยรุ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลให้วัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูง โดยจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศ



หญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Santrock, 2014)

1.3 ปัจจัยเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic factor) เชื่อว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งในโรคซึมเศร้าพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันถ้าคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้าโอกาสที่ฝาแฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้นี้สูงถึงร้อยละ 45 ถึง 60 ส่วนฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบพบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศราร้อยละ 12 (Vacarolis, 2002)

1.4 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factor) ในด้านนี้ฟรอยด์ (freud) ได้อธิบายในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่าพัฒนาการด้านจิตใจเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเกิดจากความไม่สมหวังการสูญเสียและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่องจนทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและไม่มีความภาคภูมิใจในตนเองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1.5 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (cognitive behavior factor) ในทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยมอธิบายว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดบิดเบือนไปในทางลบอันเกิดมาจากความเครียดและความกดดันต่อสิ่งต่างๆ ที่ตนเองต้องเผชิญและมองว่าชีวิตมีแต่ความยากลำบากทุกขุทรมานจนมีภาวะซึมเศร้าความคิดเชิงลบและการมีทัศนคติที่ผิดปกติดังมาจากประสบการณ์เดิมและเป็นสิ่งสำคัญต่อความคิดในปัจจุบัน เพราะถ้าประสบการณ์เดิมเป็นทางบวกวัยรุ่นก็จะคิดในปัจจุบันอย่างเหมาะสม แต่ถ้าประสบการณ์เดิมไปในทางลบก็มีแนวโน้มที่วัยรุ่นจะคิดและตีความไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาจนทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า (Lewinsohn et al., 2003)

1.6 บุคลิกภาพมีกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) เป็นลักษณะของบุคลิกภาพที่ไม่กล้าตัดสินใจและชอบตำหนิตนเองอยู่เสมอและรู้สึกว่ามีความค่าในตนเองต่ำและชอบที่จะเปรียบเทียบกับตนเองกับบุคคลอื่น (Klein & Bessaha, 2009) บุคลิกภาพแบบซึมเศร้าจะพบในช่วงวัยรุ่นและพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าหรืออาการผิดปกติทางจิตในวัยผู้ใหญ่ (Caspi & Shiner, 2006)

1.7 ปัจจัยการเผชิญปัญหา (coping) Garcia (2010) ศึกษาว่าถ้าวัยรุ่นมีการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดความเครียดและความกดดันซึ่งในความคิดของวัยรุ่นคิดว่าเป็นความยุ่งยากซับซ้อนต่อการดำเนินชีวิตของตนเองจนเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ปัจจัยภายนอก

2.1 ปัจจัยด้านเพศภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมและสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย (Beck, 2011) พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Santrock, 2014)

2.2 ปัจจัยของระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยผู้ที่มีการศึกษาต่ำพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาต่ำอาจมีข้อจำกัดและความไม่เข้าใจในการแปลความและประมวลผลเพื่อการนำข้อมูลมาปรับใช้แก้ไขปัญหาในชีวิตจนทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (Achenbach & Rescorla, 2001)

2.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจอาชีพและรายได้กรมสุขภาพจิต (2552) กล่าวว่าในสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจในปัจจุบันส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด



กังวลทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงและรายรับไม่เพียงพอกับรายจ่ายและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.4 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า วัยรุ่นที่อยู่ในสถาบันหรือชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมเลวร้ายรวมถึงครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นก็จะทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (Seeley et al., 2009)

2.5 ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติดจากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา (2552) พบว่าในกลุ่มนักเรียนที่เสียชีวิตจากการตั้งใจทำร้ายตนเองมีสาเหตุมาจากการมีภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติด จะเห็นว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องบางปัจจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ต้องเผชิญอยู่ทุกวัน ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อพบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับเล็กน้อยขึ้นไปก็ต้องได้รับการบำบัดแก้ไข เพราะถ้าไม่ได้รับการบำบัดมีโอกาสพัฒนาความรุนแรงจนเกิดปัญหาและความสูญเสียด้านอื่นตามมา ทั้งนี้ต้องอาศัยการประเมินจากอาการและอาการแสดงที่วัยรุ่นแสดงออกมาว่า สามารถบ่งชี้ได้ว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ในด้านใด และความรุนแรงเป็นอย่างไร จนนำไปสู่การแก้ไขปัญหามาได้ตรงจุด

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีอาการคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรงจะทำอะไร พบปัญหาการกินและการนอนได้บ่อยบางรายเบื่ออาหาร แต่บางรายจะกินจุมากขึ้น ปัญหาการนอนอาจเป็นได้ตั้งแต่นอนไม่หลับตื่นกลางคืน หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวันวัยรุ่นที่ซึมเศร้าหลายรายจะหมกมุ่นและคิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา

รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าและมีความท้อแท้ในชีวิตในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนวัยรุ่น จะพบภาวะซึมเศร้าในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะพบภาวะซึมเศร้าในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย เป็น 1-2 เท่า เพราะเด็กหญิงวัยรุ่นจะมีความเครียดมากกว่าวัยรุ่นชาย (Steinberg, 2001) เนื่องจากสาเหตุต่างๆ คือ

1. ลักษณะอาการแยกตามเพศ

1.1 ในวัยรุ่นหญิงจะพบกับความตึงเครียดหลายๆ อย่างในช่วงวัยนี้ มากกว่าวัยรุ่นชาย เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และในขณะเดียวกัน การถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็กก็อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่น

1.2 เด็กผู้หญิงจะมีปฏิกิริยาความตึงเครียดโดยการเก็บกดความรู้สึกไว้ภายใน โดยคร่ำครวญถึงปัญหา และความรู้สึกสิ้นหวัง ขณะที่เด็กชายจะยอมรับความตึงเครียดโดยการเบี่ยงเบนความรู้สึก หรือผลักดันความรู้สึกนั้นออกไป โดยใช้พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยาเสพติด หรือ แอลกอฮอล์ดังนั้นเมื่อต้องพบกับความตึงเครียดในระดับเดียวกัน เด็กหญิงจึงตอบสนองความตึงเครียดมากกว่าโดยกลายเป็นภาวะซึมเศร้า

2. วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีลักษณะอาการแสดงออกคล้ายกับผู้ใหญ่หลายอย่าง โดยพิจารณาจากอาการ 4 กลุ่ม คือ

2.1 ลักษณะอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้าสลด ความสนุกสนานลดลง หงุดหงิด เบื่อหน่าย รู้สึกผิด ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอาจรู้สึกว่ามีเพศตรงข้ามมาชอบหรือรักเขา เพราะเขามีปมด้อย จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีโอกาสที่จะมีชีวิตสมรสที่เป็นสุข ความรู้สึกไร้ค่านี้อาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้



2.2 ลักษณะความคิด คิดถึงตนเองในแง่ร้าย และสิ้นหวัง ต่ำหนิตัวเอง ประเมินตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองบกพร่องล้มเหลว และคิดถึงการฆ่าตัวตาย

2.3 ลักษณะการแสดงออก จะแสดงออกด้วยความเฉยชา เบื่อหน่าย มีการเคลื่อนไหวช้า นอนหลับยาก และดูเศร้าอย่างชัดเจน ชอบแยกตัว ร้องไห้บ่อยครั้ง อาจจะโกรธหรือไม่พอใจต่อภาวะซึมเศร้าของตน หงุดหงิดอยากจะระเบิดออกมา และเมื่อความโกรธลดลง ก็มักจะเกิดความรู้สึกผิดตามมา นอกจากนี้ จะพบว่าเด็กมีความสามารถทางการเรียนลดลง เข้าสังคมกับเพื่อนน้อย แยกตัวจากกิจกรรมหรือกลุ่มเพื่อน หดหู่ และปฏิเสธการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

2.4 ลักษณะทางจิต พบอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หดหู่เรื้อรัง ส่วนอาการน้ำหนักลดพบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่ ในเด็กจะพบอาการหุ่แว่ว ส่วนในวัยรุ่นจะพบอาการหลงผิด

จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่แสดงออกมา ทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ มีผลต่อสัมพันธภาพการเข้าสังคมกับเพื่อน ครู และสมาชิกในครอบครัว ไม่มีสมาธิในการเรียน การเรียนตกต่ำ ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อาจมีอาการทางคลินิก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่การงาน และพบว่า ความรุนแรงและช่วงเวลาของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์ เพิ่มการฆ่าตัวตาย การคิดฆ่าผู้อื่น มีการตอบสนองต่อจิตบำบัดลดน้อยลง และมีปัญหาทางจิตมากขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายการประเมินและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่รวดเร็ว และตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงจะทำให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า

กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีรูปแบบที่ไม่แตกต่างจากกระบวนการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพที่แท้จริงของบุคคล จะช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับของภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มี 4 ระดับ คือ 1) อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ 2) อารมณ์เศร้าระดับต่ำ 3) อารมณ์เศร้าระดับปานกลาง และ 4) อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง ทั้งนี้สามารถอธิบายระดับความรุนแรง ตามอาการที่แสดงออกมา ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีรวิทยา (physiology) มีแนวทางในการประเมิน ดังนี้

1.1 อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นความรู้สึกเศร้าเมื่อบุคคลรู้สึกผิดหรือเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่ผิดหวัง ล้มเหลว หรือไม่สมปรารถนา โดยเฉพาะในวัยรุ่น ที่เป็นช่วงเวลาของการปรับเปลี่ยน ชีวิตในด้านต่างๆ เช่น การเรียนที่หนัก การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นมีความเครียดและวิตกกังวล ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าได้ (เรไร ทิวะทัศน์ , 2548 อ้างใน ศุภชัย ตักกลาง และคณะ , 2555) การแสดงออกต่อเหตุการณ์มีลักษณะดังนี้



1) ด้านอารมณ์ รู้สึกผิดหวังต่อเหตุการณ์ หงุดหงิด ไม่พอใจ รู้สึกเศร้าใจ

2) ด้านพฤติกรรม แสดงอาการถึงความเศร้า เสียใจ และร้องไห้ออกมา

3) ด้านความคิด ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง

4) ด้านสรีรวิทยา เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้าอ่อนเพลีย

1.2 อารมณ์เศร้าระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากความเศร้าปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นกว่าระดับแรก ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกโกรธวิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า และหมดหวัง ด้านพฤติกรรมน้ำตาไหล

2) ด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมถดถอย น้ำตาไหล แสดงออกไม่เหมาะสมกับวัย กระสับกระส่าย แยกตัว ใช้สารเสพติด ขอบทะเลาะวิวาทเหมือนเด็กเถร อารมณ์หงุดหงิด มีเพศสัมพันธ์โดยขาดการระมัดระวัง

3) ด้านความคิด คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งในใจ

4) ด้านสรีรวิทยา คลื่นไส้ อาเจียนหรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไปปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

1.3 อารมณ์เศร้าระดับกลาง (Moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นและเริ่มมีความผิดปกติ แสดงที่ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกเศร้าจิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มีดมน มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

2) ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอย พุดช้าหรือไม่พุด รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัยตนเองลดลง เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง

3) ด้านความคิด กระบวน การคิดเชื่องช้า ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย้ำคิดย้ำทำ คิดวกวน มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง

4) ด้านสรีรวิทยา คลื่นไส้ อาเจียนหรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไปพฤติกรรมนอนผิดปกติประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก เจ็บท้อง ไม่มีพละกำลัง อ่อนเพลียเมื่อยล้า ห่อเหี่ยวใจ มีความรู้สึกดีในตอนเช้าและเลวลงในตอนกลางวัน ระบบสื่อสารประสาทผิดปกติ

1.4 อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่รุนแรงมาก แสดงอาการผิดปกติ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าเฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นได้เลย ไม่รู้สึกยินดีในร้ายใดๆ ทั้งสิ้น

2) ด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอยมักยืนที่อเฉย การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย เดินช้า ยืนหรือนั่งทำไ้จะอยู่ในท่านั้นนานๆ หลงผิด ไม่สนใจสุขอนามัยของตน แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3) ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง หลงผิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอน ต่ำหนิตนเอง และคิดทำร้ายตนเอง



4) ด้านสรีรวิทยา การเคลื่อนไหวร่างกาย เชื่องช้า เฉื่อยชา การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะและรู้สึกตื้อขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อสารประสาทเสื่อม

ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พยาบาลควรต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ทั้ง ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านสรีรวิทยา เพื่อนำไปสู่การให้วินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงที่บุคคล

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ภายหลังจากได้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ทั้งแผนการพยาบาลในระยะสั้น และแผนการพยาบาลในระยะยาว การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ สามารถกำหนดได้หลายข้อ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ และสังคม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง

Subjective Data : "ผมเป็นคนไม่มีค่าอะไรอีกแล้ว อยู่ไปก็ไม่มีความหมาย"

Objective Data : จากการสังเกต นั่งแยกตัว สีหน้าไม่สดชื่น ร้องไห้บ่อยๆ

: ผลจากการใช้แบบทดสอบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) พบว่า คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

2. การจัดการกับสภาพปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหา

Subjective Data : "เวลามีปัญหาเกิดขึ้น ผมไม่รู้จะทำอย่างไร จึงเก็บไว้คนเดียว"

Objective Data : จากการประเมินบุคลิกภาพ มีลักษณะพึงพา (Dependent) มารดา แก้ปัญหาให้เสมอ

2.3 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม

Subjective Data : "ผมไม่ค่อยมีเพื่อน ชอบอยู่คนเดียว เล่นเกมส์ เล่นเฟสบุ๊คกับคนที่ไม่รู้จัก"

Objective Data : จากการสังเกต มักนั่งคนเดียวเงียบๆ ก้มหน้าเล่นสมาร์ทโฟนของตนเอง

2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากมีความคิดเชิงลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย

Subjective Data : "ใครจะมารักมาสนใจผม สอบเข้ามหาวิทยาลัยฯ ไม่ได้ เหมือนคนหมดอนาคต เป็นรังเกียจของเพื่อนๆ แล้วจะสู้หน้าใครได้"

Objective Data : ขณะพูด ก้มหน้า สีหน้าเศร้าหมอง ตาแดงๆ เหม่อลอยบ่อยๆ

2.5 บกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยกิจวัตรประจำวัน

Subjective Data : "อยากอยู่เฉย ไม่อยากทำอะไร"

Objective Data : จากการสังเกต มีร่างกายไม่สะอาด สีหน้าไม่สดชื่น

3. การวางแผนการพยาบาล

ในการวางแผนการพยาบาล มีทั้งระยะสั้นและแผนระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ดังนี้

3.1 แผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังตัวอย่างต่อไปนี้



วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล : มุ่งเน้นการป้องกันอันตราย ดังนี้

1) จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด และปราศจากสิ่งกระตุ้นเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เก็บของใช้ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร เชือก ยาที่ใช้ภายในบ้าน ต้องหมั่นตรวจจำนวนเม็ดยา (กรณีทานยาเอง) กรณีจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เสียงดังฟังชัด น้ำเสียงมั่นคง ชัดเจน ไม่คุกคาม ไม่ให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกลงโทษ ใช้การผูกมัดด้วยเทคนิคที่ปลอดภัย ดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการ ความรู้สึก ทุก 30 นาที ประคับประคองด้านความรู้สึกหากอาการสงบลง พยาบาลสามารถพิจารณาเลิกผูกมัดทันที ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก (วีระชัย เตชะนิตตชัย, 2551)

2) อยู่กับผู้ป่วย ดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ถ้าเป็นหอผู้ป่วยควรจัดเตียงให้ใกล้พยาบาล โต๊ะทำงานของพยาบาล รวมทั้งสามารถมองเห็นได้ง่าย บางครั้งจำเป็นต้องใช้กล้องวงจรปิดช่วยดูพฤติกรรมของผู้ป่วย ในจุดที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย

3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ในตัวของพยาบาล จนนำไปสู่การระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ซึ่งอาจเริ่มจากกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมสนทนา การที่เน้นความสนุกสนาน สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การใช้ดนตรีบำบัด คือการฟังเสียงดนตรี

บรรเลงร่วมกับมีเสียงในธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย นำไปสู่การสนทนาที่ช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาได้

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์และสิ่งที่เป็นปัญหาสามารถทำได้หลายแนวทาง เช่น การสนทนาเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัด จะทำให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการคิด มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยว่าอย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป เพราะจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่มากขึ้นหากทำไม่ได้อย่างที่หวัง ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วยพูดถึงความตาย อย่าบอกว่า “อย่าคิดมาก” “ให้เลิกคิด” คำพูดทำนองนี้อาจทำให้เขารู้สึกว่าพยาบาลไม่สนใจรับรู้ปัญหาของเขา (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557)

5) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติพยาบาล ควรแนะนำให้ญาติหรือคนใกล้ชิดใส่ใจ สนใจในคำพูดที่สะท้อนความคิดของผู้ป่วยที่เสี่ยงการฆ่าตัวตาย (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2552) เช่น “เป็นคนไม่มีค่าอะไรอีกแล้ว” “อยู่ไปก็ไม่มีความหมาย” “ถ้าฉันไม่อยู่สักคน คงทำให้อะไรดีขึ้น” การสังเกตพฤติกรรม เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ชื่นชอบ และเคยรู้สึกสนุกสนานก่อน สนับสนุนให้ญาติรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในช่วงเวลาเขาทุกข์ใจมากที่สุด เพราะวัยรุ่นเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนเป็นส่วนมาก แต่ด้วยวุฒิภาวะที่ไม่ต่างกันเท่าใดนักของเพื่อน ทำให้มุมมองและแนวทางแก้ปัญหาอาจไม่เหมาะสม ฉะนั้น ญาติอาจมีส่วนร่วมในการชี้ให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาในแง่มุมต่างๆ ได้เห็นทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ปัญหา หมั่นให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ให้รางวัล เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับความต่างของกันและกัน (สายฝน เอกวรารัง, 2554) และแนะนำญาติในการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง และไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว



โดยเฉพาะในช่วงที่ซึมเศร้ามาก ผู้ป่วยอาจมีความคิดทำร้ายตนเอง

2. ผู้ป่วยสามารถระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล: มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว

1) ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ อารมณ์เศร้าวระดับต่ำ อารมณ์เศร้าระดับปานกลาง และ อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง

2) จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้า ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ฝึกกระบวนการคิด การแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) ที่เหมาะสม ฝึกทักษะการกล้าแสดงออก เช่น กลุ่มกิจกรรมสร้างสรรค์สัมพันธ์ คือการได้ร่วมกิจกรรมแนะนำตนเองต่อเพื่อนๆ สมาชิกในกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ อาทิ การร้องเพลง การเต้นที่เหมาะสมกับวัยรุ่น กิจกรรมอาชีพบำบัด เช่น การประดิษฐ์พวงกุญแจเก๋ๆ เพื่อให้ได้รับการบำบัดเกิดความกล้าคิด กล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ เข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-understanding) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) มากขึ้น เป็นกำลังใจกับผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิต (จุฑามาศ วังทะพันธ์, 2551)

3) สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม เช่น การใช้ศิลปะบำบัด คือวาดภาพระบายความรู้สึก ที่สามารถแสดงความคิด ความรู้สึกในปัจจุบันของผู้ป่วยผ่านภาพวาดนั้นๆ จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพอารมณ์ได้อย่างถูกต้อง และให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับสภาพปัญหา

4) ช่วยผู้ป่วยสืบค้นต้นเหตุของปัญหาและความเศร้าโดยพยาบาลใช้รูปแบบการสนทนาเพื่อการบำบัด เมื่อผ่านระยะที่ 1 ระยะเริ่มแรกของการสร้างสัมพันธภาพ (Initial Phase) ผู้ป่วยมีความไว้วางใจใน

ตัวพยาบาล เริ่มพูดถึงปัญหาของตัวเอง เข้าสู่ระยะที่ 2 ระยะแก้ไขปัญหา (Working Phase) ผู้ป่วยจะพูดถึงตัวเองมากขึ้น บอกความรู้สึกที่แท้จริง และอาจเป็นความรู้สึกที่ไม่เคยบอกใครก็ได้ พยาบาลต้องรับฟังอย่างตั้งใจสนใจและทำความเข้าใจ และติดตามเรื่องราวอย่างใกล้ชิด (สุนีย์ เกียรติแก้ว, 2554 : 105) ซึ่งพยาบาลต้องใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ จะช่วยให้การสืบค้นหาต้นเหตุของปัญหาและความเศร้าวร่วมกับผู้ป่วยเป็นไปอย่างชัดเจน

3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล : มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1) ให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้เวลาผู้ป่วยในการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด จนไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกใดๆ ออกมา ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ระยะเวลาการปรับตัว มากกว่าคนอื่น

2) กระตุ้นสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม ให้เสริมทางบวก พยาบาลสามารถกล่าวชมเชย ภายหลังพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจในตนเอง กล้าแสดงออกมากขึ้น

3) ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสมเป็นสะท้อนในมุมมองของพยาบาลตามเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอธิบาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลใส่ใจ สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า

4) สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยเรียนรู้การตั้งเป้าหมายระยะสั้นตามความสามารถตนเอง ที่ทำให้เห็นผลของความสำเร็จ



5) จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จและให้กำลังใจเช่น สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ร่วมประดิษฐ์ดอกมะลิเนื่องในวันแม่แห่งชาติ เพื่อจำหน่าย นำเงินมาช่วยมูลนิธิโรงพยาบาลต่างๆ หรือจัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนแนวทางแก้ปัญหาที่เคยประสบความสำเร็จที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเอง และนำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.2 แผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วยดังนี้

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล : มุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล พยาบาลสนับสนุนการพูดและขยายความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมและดูแลตนเองของผู้ป่วย

2) สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วยที่เป็นไปได้และกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน

กิจกรรมการพยาบาล : เน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน ดังนี้

1) การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ

2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการทางศาสนา เป็นต้น

4) กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาลร่วมพิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม

5) สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกว่าตนขาดก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้

6) ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม

3.3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล หรือเกณฑ์การประเมินผล

ในการวางแผนการพยาบาล จะกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลไว้ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จะมุ่งประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่พฤติกรรมต่างๆ เช่น

1. ผู้ป่วยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับอันตรายจากการคิดทำร้ายตนเอง มีความปลอดภัยในชีวิต

2. ผู้ป่วยอธิบายถึงการสูญเสียกับบุคลากรและครอบครัว

3. ผู้ป่วยไม่มีความคิดซ้ำเรื่องอยู่กับที่ในเรื่องการสูญเสีย

4. ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้กับตนเอง

5. ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

6. ผู้ป่วยควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้

7. ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพึงพอใจ

8. ผู้ป่วยพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น



9. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความจริงได้

10. ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้

11. ผู้ป่วยนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง/คืน

1.2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการขาดอาหาร

1.3 ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดผม และแต่งกายสะอาดโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วย เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้า มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา

2. การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3. การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4. การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

5. การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6. การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหาเช่นสายด่วน online

7. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการตามแผนการรักษา ยารักษาอาการทางจิตและยาต้านอาการเศร้าทุกประเภทนอกจากจะให้ผลในด้านการรักษาแล้ว ยังมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากแห้ง คอแห้งกระหายน้ำ ความดันโลหิตต่ำ อาการไม่สุขสบายที่เกิดจากยาจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยอาจจะบอกว่าหน้ามืดจะเป็นลมหลังได้รับยา ซึ่งเป็นผลจากความดันโลหิตต่ำจากยาตัวอย่างชื่อ ยาที่นิยมใช้รักษา คือ Sertraline (Zoloft) Imipramine (Tofranil) Phenelzine (Nardil) Fluoxetine (Prozac) Amitriptyline (Tryptanol) ผลข้างเคียงที่สำคัญ เช่น ยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant (Imipramine Amitriptyline) ควรระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว และหญิงมีครรภ์ หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร ยากลุ่ม SSRIs (Fluoxetine Sertraline) จะมีผลทำให้การทำงานของ Serotonin เพิ่มขึ้นเกินกว่าปกติซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น ม่านตาขยาย หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก ปวดท้อง มีไข้สูง กล้ามเนื้อกระตุก ชักและเสียชีวิตได้ ยากลุ่ม MAOIs (Phenelzine) มีข้อควรระมัดระวังในการรับประทานอาหารที่มี Tyramine เช่น เนยแข็ง อาหารที่มีส่วนผสมของยีสต์สูง จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (hypertensive crisis) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก นอกจากนั้นยาบางกลุ่ม ก็มีข้อควรระวังในการใช้ร่วมกัน ที่พยาบาลควรใส่ใจในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย



5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินไปแล้วว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด การปรับผลการพยาบาลอาศัยการรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถาม เพื่อประเมินสถานการณ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีกหรือไม่
2. ผู้ป่วยยังมีความคิดร้ายตนเองอีกหรือไม่
3. ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลอีกไหม เมื่อเกิดความรู้สึกคิดทำร้ายตนเอง
4. ผู้ป่วยได้อธิบายเรื่องการสูญเสียของตนกับบุคลากรและบุคคลในครอบครัวบ้างหรือไม่
5. ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเศร้าหรือไม่
6. ผู้ป่วยยังมีความคิดซ้ำๆ ในเรื่องของการสูญเสียอยู่อีกหรือไม่
7. ความโกรธจากการสูญเสียของผู้ป่วยได้มีการระบายออกอย่างเหมาะสมหรือไม่
8. ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายของตนเองที่เป็นไปได้หรือไม่
9. ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคตได้หรือไม่
10. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่จะควบคุมได้หรือไม่
11. ผู้ป่วยสามารถร่วมในกิจกรรม เช่น กิจกรรมทางศาสนา และพึงใจในสิ่งสนับสนุนเหล่านั้นเพียงใด
12. ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่
13. ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง และไม่มีอาการหลงผิดหรือไม่

14. ผู้ป่วยมีสมาธิและตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด

15. ผู้ป่วยเลือกและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าอย่างพอเพียงหรือไม่

16. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนและตื่นนอนได้เป็นปกติ

17. ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีด้านสุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด

18. ผู้ป่วยยังบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายอีกบ้างหรือไม่

ผลที่ได้จากการประเมินผล พยาบาลสามารถนำมาสรุปประเมินการให้การพยาบาลว่าบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ตามเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อดูว่าปัญหาใดสามารถให้การพยาบาลแก้ไขได้ ปัญหาใดยังคงต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ปัญหาใดแม้หมดไปในระยะสั้นแต่อาจเกิดขึ้นได้อีก จึงต้องวางแผนในระยะยาว เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจตามมา เพราะความคิด ความรู้สึก ที่นำมาซึ่งความเจ็บป่วยทางอารมณ์อย่างโรคซึมเศร้า ประเมินได้จากการพูดคุยซักถาม และการสังเกต ร่วมกันทั้งจากพยาบาลและญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วย

วิจารณ์

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต้องใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องมีความรู้และทักษะในทุกๆด้าน จะทำให้วัยรุ่นได้รับการพยาบาลที่ดี ป้องกันความเสี่ยงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น คือการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีความใคร่อยากให้เกิด พยาบาลอาจประเมินผลการพยาบาลโดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับการ



พยาบาลตามข้อวินิจฉัยต่างๆ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทำ ไม่เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม หรือได้รับอันตรายเนื่องจาก
อันตรายตนเอง อารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง อาการข้างเคียงของยา ไม่มีอาการข้างเคียงของยา
มองโลกในแง่ดีมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าของตัวเองสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น รวมถึงสามารถปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมกับช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). ผลจากการสำรวจจะบาติวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551. *หนังสือ
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท, 1-101.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). *สถิติโรคซึมเศร้า*. วันที่ค้นข้อมูล 27 มกราคม 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.dhm.moph.go.th>
- จุฑามาศ วังทะพันธ์. (2551). ผลการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤตทางอารมณ์. *ยโสธรเวชสาร*, 10(1), 288.
- เจษฎา ทองเอวี่ และคณะ. (2552). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 35-37.
- ธณินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2551*. เอกสารระบบดูแล
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2552). ปัจจัยทำนายความเครียดของทหารที่ปฏิบัติงานในอำเภอสรีสาคร จังหวัดนราธิวาส.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑา โชคชัยไพศาล, ประภาพร สังข์ประไพ, สุนทรีเรือนตระกูล และยุวศรี กลีบโกมุต. (2553). เทคนิคการใช้ CBT สำหรับ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9. นครสวรรค์: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3.
- มานิช หล่อตระกูล (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4*. กรุงเทพฯ: ภาควิชา
จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- วีระชัย เตชะนิตติชัย. (2551). *การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในโครงการผู้ป่วยวัง
การฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์*. การศึกษาอิสระ ปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, อีศักดิ์ สาตรา และสุชีรา ภัทรายุทธรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของ
นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย*, 57(3), 283-294.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2556). *ตารางจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10) กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเซียเพรส, 1-36.
- สุธิภาญณ์ ไชยลาภ. (2548). ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวิจัยและบทบาทของพยาบาล.
วารสารพยาบาลทหารบก. 6(2) :63-76.
- สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี มะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง. (2555). การใช้แผนผังความคิดในการฝึกวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล
บุคคลที่มีปัญหาทางจิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 13(3) :81-89.



เอกสารอ้างอิง

- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช = Psychiatric nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรรรณ จุลวงษ์, พงนา เปลี่ยนเกิด, สมพิศ เกิดศิริ, อัญธิดา สระแก้ว. (2556). การสร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(3) :50-58.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Caspi, A., & Shiner, R. L. (2006). Personality development. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. (6th ed., pp. 300–365). Hoboken, NJ: Wiley.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W.W. Norton.
- Garcia C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. *NursScholarsh*. Jun;42(2):166-85.
- Jacobs RH. Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology*, 28 :759-782.
- Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. (2009). Subthreshold depressive disorder in adolescents: Predictors of escalation to full syndrome depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:703–710
- 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.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
- Seeley J, Stice E, Rohde P. Screening for depression prevention: Identifying adolescent girls at high risk for future depression. (2001). *Journal of Abnormal Psychology*, 118:161–170.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Vacaris, E. M. (2002). *Foundation of psychiatric mental health nursing (4th ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders.