

บทที่ 2

เอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำราเอกสารบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการศึกษานำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
 - 1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น
 - 1.3 แบบแผนทางอารมณ์ที่สำคัญในช่วงวัยรุ่น
 - 1.4 ปัญหาของวัยรุ่น
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
 - 2.5 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
 - 2.6 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในสถานศึกษา
 - 2.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
 - 2.8 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
 - 2.9 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.2 ความสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่น
 - 3.3 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3.4 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกับระบบการดูแลนักเรียนในโรงเรียน
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดประคับประคอง
 - 4.1 แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง
 - 4.2 แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองของยาโลม
5. การทำกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Teenage) หมายถึง วัยที่มีอายุเป็นตัวเลขลงท้ายด้วยคำในภาษาอังกฤษว่า teen คือ มีอายุ อยู่ในช่วง 13-19 ปี คำว่า “วัยรุ่น” ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Adolescence มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Adollescere ซึ่งหมายถึง การเจริญสู่วุฒิภาวะ (To grow or to grow to maturity) (สุชา จันทรเฒ, 2540)

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ให้ความหมายวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจาก วัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลตนเองได้

Kosky, Eshkevari & Carr (1991) กล่าวว่า วัยรุ่นตามความหมายพจนานุกรมอังกฤษว่าเป็นระยะของการพัฒนามนุษย์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเริ่มต้นของวัยหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่

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

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

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

วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescent) หญิงอายุ 18-21 ปี ชายอายุ 19-21 ปี ซึ่งโดยเฉลี่ย อายุระหว่าง 10-19 ปี

Erik Erikson (1968 อ้างใน ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) ได้กล่าว ถึงพัฒนาการเชิงมนุษย์ ไว้ในทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial or Epigenetic Theory) ว่า พัฒนาการของมนุษย์ในแต่ละวัย มีอิทธิพลของสภาพแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพัฒนาการ ดังนั้นพัฒนาการจะดำเนินไปได้ตามปกติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับสังคม ซึ่งมีผลกระทบเช่นเดียวกับอิทธิพลของความขัดแย้งระหว่างส่วนต่างๆภายในจิตใจ โดยวัยรุ่นจัดอยู่ในช่วงอายุ 13-20 ปี เป็นระยะของการสร้างความเป็นตนเองหรือการไม่เข้าใจบทบาทของตนเองการเจริญเติบโตของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของสังคมของวัยรุ่นทำให้เกิดความลำบากใจในการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นมาก ความสงสัย ความไม่แน่ใจ ข้อขัดแย้งต่างๆ และความรู้สึกต่อตนเองที่ตกค้างมาจากวัยก่อนหน้านี้จะกลับมาบีบบทบาท และอิทธิพลด้านจริยธรรมและบทบาทในสังคมรวมทั้งความ

สัมพันธ์กับผู้ใหญ่และผู้ร่วมวัย เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้และฝึกสร้างให้เกิดขึ้น ความต้องการเป็นตัวของตัวเองจะค่อยๆพัฒนามากขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกต้องการเป็นตัวของตัวเองและเกิดต่อต้านผู้ใหญ่ แม้ในบางขณะก็มีความลังเลในความต้องการของตนเอง ซึ่งความต้องการเป็นสมาชิกของสังคมและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่บางคนอาจมีมากเกินไปจนทำให้มีการเรียนแบบการกระทำของเพื่อนในกลุ่มโดยขาดเหตุผล จึงทำให้วัยรุ่นนี้มีปัญหาในเรื่องความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งส่วนมากก็จะแก้ไขได้ในที่สุด และทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไป

1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จึงถือเป็นวัยที่สำคัญมากที่สุดวัยหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นวัยแห่งการค้นหาเพื่อสร้างความเป็นตัวของตัวเอง และมีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งเพศเดียวกันและเพศตรงข้าม มีพัฒนาการแยกห่างจากครอบครัว มีความรู้สึกอยากอิสระมากขึ้น (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535)

1.2.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยแรกรุ่น เด็กหญิงอายุ ประมาณ 11-13 ปี และเด็กชาย ประมาณ 13-15 ปี จะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายรวดเร็วมาก ทั้งในด้านความสูง น้ำหนัก รูปร่าง หน้าตา และลักษณะเพศในขั้นทุติยภูมิ (Secondary Sexual Characteristics) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอวัยวะสืบพันธุ์ภายในและภายนอกกล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งฮอร์โมนที่สำคัญได้แก่ ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (Pituitary Glands) ทำให้มีการเจริญของอวัยวะเพศและลักษณะเพศขั้นทุติยภูมิ เพศหญิงรังไข่จะผลิตไข่สุก และเพศชายจะเริ่มผลิตน้ำอสุจิ มีขนาดและสัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ต่อมหมวกไต (Adrenal Glands) หลั่งฮอร์โมน Estrogens และ Androgens ทั้งในวัยรุ่นชายและหญิง ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองกระตุ้นให้ต่อมเพศผลิต Estrogens ในเพศหญิง และ Androgens ในวัยรุ่นเพศชาย และหญิง ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองกระตุ้นให้ต่อมเพศผลิต Estrogens ในเพศหญิง และผลิต Androgens ในเพศชาย จากการที่ฮอร์โมนเพศแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ทำให้ลักษณะเฉพาะเพศขั้นทุติยภูมิของหญิงและชาย มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

1.2.2 พัฒนาการทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่ทำให้อารมณ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง ไม่มั่นคง มักเกิดอารมณ์กลัว วิตกกังวล ริษยา โกรธ ฯลฯ ซึ่งอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ และการเรียนรู้ ซึ่งภาวะอารมณ์ควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ นั้นยังไม่มีประสิทธิภาพดีเท่าเทียมกับผู้ใหญ่ และเนื่องจากวัยรุ่น เป็นวัยที่มีอารมณ์รุนแรง ฉะนั้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่ง

หนึ่งสิ่งใดมากระทบเป็นเหตุให้มีสภาพอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้นเช่นความโกรธที่เกิดจากการถูกล้อเลียน การถูกลงโทษที่ไม่เป็นธรรม การถูกขัดขวางจากบุคคลอื่น เป็นต้น ไม่กล้าเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆขาดความมั่นใจในตัวเอง

1.2.3 พัฒนาการทางความคิดและเชาว์ปัญญาในเด็ก อายุประมาณ 11 – 12 ปี จะมีการเจริญเติบโตของสมอง และระบบประสาทส่วนที่ทำหน้าที่คิด มีความคิดอย่างเป็นระบบและคิดแบบนามธรรม (Abstract) ได้ มีการพัฒนาความคิดให้เข้าไปในรูปแบบความคิดของผู้ใหญ่ เมื่ออายุประมาณ 20 ปี ความคิดจะมีความสมบูรณ์เต็มที่ แม้ว่าจะยังด้อยในประสบการณ์และความชำนาญในการใช้ความคิดน้อยกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งในบางครั้งบางคราวแม้ว่าวัยรุ่นจะสามารถคิดหาเหตุผลได้ ในทุกระดับ แต่เนื่องจากการขาดประสบการณ์ ที่เอื้อให้ความคิดที่ตนเห็นว่าถูกต้อง สมเหตุสมผล กลับกลายเป็นข้อขัดแย้งของวัยรุ่นกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์มากกว่าเกิดขึ้น

1.2.4 พัฒนาการทางจริยธรรม ในช่วงวัยรุ่นเริ่มมีมโนคติ ด้านจริยธรรมในระดับสูงขึ้น โดยเริ่มจากในวัยแรกเริ่ม จะกระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามกฎเกณฑ์ ของสังคมกลุ่มเพื่อน และความคาดหวังของครอบครัว วัยรุ่นต้องเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างค่านิยมที่ตนได้รับจากครอบครัว กับค่านิยมของสังคมภายนอก ในวัยรุ่นนี้เด็กจะต้องพยายามปรับตัว เพื่อค้นหาสิ่งที่ตนเองจะยึดไว้เป็นหลักปฏิบัติ ความเข้าใจ คุณค่าของวัฒนธรรม ประเพณีและความสนใจในศาสนา ปรัชญาและอุดมคติ อย่างสมเหตุสมผลของวัยรุ่น

1.2.5 พัฒนาการทางสังคม วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังแสวงหา ความเป็นอิสระให้กับตนเอง เพื่อต้องการแสดงให้คนอื่นรู้ว่าตนเป็นผู้ใหญ่แล้ว แต่ในขณะที่เดียวกันก็ยังไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ ลักษณะพฤติกรรมทางสังคมในวัยรุ่นสามารถสรุปได้ดังนี้

1) วัยรุ่นมีความสนใจ มีความสุขที่จะได้อยู่กับเพื่อนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ค่านิยม ทักษะคติ ความเชื่อ ความสามารถ พื้นฐานทางนิสัย ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจใกล้เคียงกัน ซึ่งการตัดสินใจต่างๆในการดำเนินชีวิต

2) วัยรุ่นมีความสนใจในการคบเพื่อนต่างเพศ เนื่องจากการพัฒนาทางทฤษฎีทางเพศทำให้เด็กวัยรุ่นมีความปรารถนาที่จะมีเพื่อนต่างเพศมากกว่าในช่วงวัยเด็กการที่เด็กวัยรุ่นได้มีการคบหากับเพื่อนต่างเพศ

3) วัยรุ่นจะมีการพัฒนาความรู้สึกในการนับถือคนเก่ง (Heroic Worship) ซึ่งการพัฒนาความรู้สึกลักษณะนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นในแง่ต่างๆ

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของวัยรุ่น ตามช่วงอายุของวัยรุ่น โดยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1) วัยรุ่นตอนต้น (Pubertal phase) มีช่วงเวลานานประมาณ 2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 11 - 13 ปี มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้อารมณ์แปรปรวน

2) วัยรุ่นตอนกลาง (Transitional Phase) อายุ 14-16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็น

หนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้ง (Abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์ และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

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

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

จากพัฒนาการที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในหลายด้านทั้งด้านร่างกายจิตใจที่เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วรวมทั้งการกลับเข้าสู่ภาวะทางเพศวัยรุ่นจึงมักวิตกกังวลและต้องปรับตัวอย่างมากด้านอารมณ์ที่วัยรุ่นจะเกิดอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย และควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ จึงมักจะวู่วามในสายตาของผู้ใหญ่ ด้านสังคม วัยรุ่นต้องการการยอมรับ การเห็นคุณค่าและสถานะภาพจากกลุ่มหรือสังคม วัยนี้พัฒนาลักษณะทางสังคมไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นอิสระสามารถพึ่งพาและรับผิดชอบตนเองได้ และไม่ต้องการให้ผู้ใหญ่ไป วนวนวัยกับชีวิตของเขาเหมือนวัยเด็ก และ ด้านสติปัญญา วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตทางสมอง ถึงขีดเต็มที่มีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีได้เร็วเป็นระยะที่มีความเข้าใจในเอกลักษณ์ของตนเองกับความรู้สึกสับสนในเอกลักษณ์และบทบาทของตนเองเลือกกระทำตามที่ตนเองต้องการได้ตามบทบาทที่สังคมกำหนดได้อย่างเหมาะสม จัดการกับความขัดแย้งในตนเองได้ ทำให้วัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ไม่เกิดปัญหาด้านจิตใจ หรือ มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนวัยรุ่นที่กระทำตามที่พ่อแม่คาดหวังหรือกระทำสิ่งต่างๆไม่ตรงตามความต้องการของตนส่งผลให้รู้สึกสับสนในเอกลักษณ์และบทบาทต่อตนเองอันไม่เป็นผลดีต่อพัฒนาการของบุคคลวัยนี้อาจเชื่อมโยงไปสู่วัยอื่นๆตามมาอีกทั้งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ารู้สึกท้อแท้สิ้นหวังจนนำไปสู่ปัญหาฆ่าตัวตายในที่สุด

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

1.3.1 โกรธ (Anger) ลักษณะการตอบสนองอารมณ์โกรธที่พบได้บ่อยคือ การไม่

พูดจา ไม่ทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่บอกให้เขาทำ การที่วัยรุ่นจะแสดงปฏิกิริยาออกมาอย่างไรเมื่อเขาโกรธ นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคมที่เขาสัมผัสมา ในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มักจะแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม คือ แสดงความก้าวร้าวโดยตรงกับพ่อแม่

1.3.2 กลัว (Fear) วัยรุ่นจะรู้สึกอายในการแสดงออกทุกอย่าง ยกเว้น แต่กับเพื่อนสนิท เขาต้องการที่จะทำในสิ่งที่ดีกับคนแปลกหน้าและสมาชิกที่เป็นเพศตรงข้าม แต่เขาขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงมีความรู้สึกไม่สบายใจ กลัวคนวิพากษ์วิจารณ์ว่าตนเองไม่ดี

1.3.3 กังวล (Worry) ในวัยรุ่น มักพบว่า ความกังวลที่พบได้บ่อยคือ เรื่องการเรียนการสอน การขาดสอบ รูปร่างหน้าตาของตนเอง โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง การขาดความเข้าใจระหว่างพ่อแม่ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนชายและหญิง การยากลำบากในการคบเพื่อน สถานที่ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่จะขาดความบันเทิง และขาดการควบคุมอารมณ์

1.3.4 ริษยา (Jealousy) วัยรุ่นมักริษยากลุ่มเพื่อนที่ได้สิทธิพิเศษ ผู้ที่ประสบความสำเร็จมากกว่าเขาในการทำงานที่โรงเรียนหรือแข็งแรงกว่า

1.3.5 อิจฉา (Envy) ในวัยรุ่นจะเป็นลักษณะของความปรารถนาโลก อยากรู้ได้ ไม่เพียงแต่ต้องการสิ่งต่างๆเหมือนกับที่เพื่อนมี แต่วัยรุ่นยังต้องการของที่ดีเหมือนกับเพื่อนๆอีกด้วย

1.3.6 ความรัก (Affection) วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อบุคคลที่เขาารู้สึกมั่นคงวัยรุ่นจะพยายามทำสิ่งที่เขาสามารถทำได้เพื่อให้บุคคลที่เขารักมีความสุข วัยรุ่นมักแสดงความพอใจโดยการเฝ้ามอง และคอยฟังคนที่เขารักด้วยความสนใจอย่างจริงจัง

1.3.7 รื่นเริง (Joy) ความสนุกสนานของวัยรุ่นจะมาจากการปรับตัวที่ดีของวัยรุ่นต่อการทำงาน และสภาพสังคมของเขา จากความสามารถในการที่จะได้รับความสนุกสนาน การปล่อยอารมณ์ที่อัดอั้นอยู่ภายในจากความกังวล ความโกรธ ความอิจฉา

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

1.4 ปัญหาของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในเกือบทุกด้าน เพื่อที่จะก้าวจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยสภาพการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นเองก็ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้มากและง่ายอยู่แล้วประกอบกับภาวะของสังคมในปัจจุบันที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีแต่ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ย่ำแย่ลงอย่างมากซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ต้องแข่งขันกันตลอดเวลาสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นประสบปัญหาของการปรับตัว ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ง่าย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไข โดยความร่วมมือบุคคลทุกฝ่ายโดยปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะได้แก่

1.4.1 ปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปของวัยรุ่น คือปัญหาพฤติกรรมตามวัยซึ่งมักพบบ่อยในชีวิตประจำวัน เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่วุฒิภาวะมีการควบคุมตัวน้อยทำให้เกิดปัญหาขัดแย้งกับพ่อแม่ได้บ่อยๆ ได้แก่ ใช้เงินเปลือง ใช้โทรศัพท์นาน วัยรุ่นหญิงสวมเสื้อเอวลอย สายเดี่ยว เจาะตุ้มหู วัยรุ่นชายไว้ผมรุงรัง เป็นต้น ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) คือ

1) ปัญหาการปรับตัวในวัยรุ่น ความขัดแย้งที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น เป็นสิ่งปกติธรรมดาของการเจริญเติบโตพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ แม้การปรับตัวจะยุ่งยากไปบ้าง เนื่องจากวัยรุ่นมีอารมณ์ อ่อนไหวง่ายอยากเป็นผู้ใหญ่ไม่ยอมฟังเหตุผลใคร ทิฐิ อวดดี ซึ่งวัยรุ่นต้องการการดูแลช่วยเหลือแนะนำ ที่ถูกต้องจากพ่อแม่และผู้ใกล้ชิด จะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจปัญหาตนเองและสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมในทางตรงกันข้ามถ้าวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ประกอบกับไม่ได้รับความเข้าใจหรือความช่วยเหลือที่ถูกต้องจากพ่อแม่หรือผู้ใกล้ชิด อาจนำไปสู่ปัญหาอื่นๆตามมาได้ เช่น ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวนส่งผลต่อปัญหาซึมเศร้าในอนาคตต่อไป

2) ปัญหาเรื่องเพศ วัยรุ่นมีความสนใจในเพศตรงข้าม เริ่มมีแฟนเนื่องจากวัยรุ่นจะมีความรู้สึกทางเพศที่สูงขึ้นตามธรรมชาติ วัยรุ่นจึงต้องเรียนรู้การควบคุมตนเอง เรียนรู้วิธีการระบายออกทางเพศให้ออกมาในลักษณะที่สังคมยอมรับได้ เช่นการเล่นกีฬาเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นจะต้องเรียนรู้ท่าทีของการตอบสนองของเพศตรงข้ามและทำที่ปฏิเสธภายใต้คำแนะนำจากเพื่อนหรือผู้มีประสบการณ์

3) ปัญหาด้านการเรียน เพราะการเรียนต้องใช้สมาธิความอดทนความรับผิดชอบ และการตัดสินใจ ในขณะที่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆรอบตัวมากมายทั้งสภาพร่างกาย สภาพอารมณ์ที่อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่รอบคอบ สับสนต้องการอิสระ มีความคิดความสนใจต่อสิ่งต่างๆเพิ่มมากขึ้น ได้เห็นและได้ทำในสิ่งต่างๆที่ไม่เคยเห็นและไม่เคยทำมาก่อน จึงเป็นเหตุให้วัยรุ่นส่วนหนึ่งเพลิดเพลินไปกับสิ่งต่างๆที่เข้าวนทำให้ลดความสนใจในการเรียน ปัญหาที่พบปกติจะเปลี่ยนเป็นปัญหาการเรียนที่เริ่มรุนแรงขึ้นได้ถ้าหากวัยรุ่นมีปัญหาการเรียนอย่างเรื้อรังมาก่อน เช่น เรียนไม่เก่ง ไม่ถนัด โคนบับบังคับมาก หรือถูกบังคับให้เรียนเป็นประจำยิ่งไปกว่านั้น ถ้าไปคบกับเพื่อนที่ชวนกันหนีโรงเรียนก็จะทำให้เกิดความเสียหายตามมา

ปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปโดยส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการที่วัยรุ่นเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาได้ง่าย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบกับภาวะทางสังคมที่ซับซ้อนขึ้น พร้อมกับการอ่อนแอต่อสถาบันครอบครัวทำให้วัยรุ่นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้นซึ่งหากวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญปัญหา

ต่างๆเหล่านั้นได้จะทำให้วัยรุ่นที่ต้องเก็บกดปัญหาไว้นานๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมรุนแรง และ อาการทางด้านจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต และโรคประสาท

1.4.2 ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัญหาซึมเศร้า เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในวัยรุ่นปัจจุบัน โรคซึมเศร้าที่เกิดในวัยรุ่นนั้นได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยในประชากรทั่วไป รวมทั้งมีอัตราเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสูง วัยรุ่นอายุระหว่าง 15 – 19 ปีมีอัตราการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด (สมภพ เรื่องตระกูล,2545)สูงถึง 5 % (Pataki, 2000 อ้างถึงใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน,2545) และจากข้อมูลของศูนย์สถิติเพื่อสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาพบว่า การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายของผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 15 – 24 ปี เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุและการฆาตกรรมรวมกัน และจากการสำรวจภาวะการฆ่าตัวตายในประเทศไทยปี พ.ศ. 2533ของสุขสบาย จุลกัทัพพะ(2536) พบว่าช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือช่วงอายุ 15 – 25 ปี เช่นกัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้ เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด และการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอึดมโนทัศน์ในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงช้าลง (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

Gordon (1999) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและควรได้รับการบำบัด

อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย (2549) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธสังคม อ่อนเพลีย หดหู่ อยากตาย

ดวงใจ กสานติกุล (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง

น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ ก็คืออยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัว เจ็บขริบ และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง และแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (Affect of States) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. เป็นอารมณ์ผิดปกติ (Mood or Trait) คือ คงทน และระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาทางการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่างๆ (Secondary depression)
3. เป็นโรคจิตโดยตรง (Primary Affective Disorder) โดยมีอารมณ์ผิดปกติคงนาน(Mood disorder) ซึ่งจำแนกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้า หรือ Hypomania หรือ แบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วยได้แก่ อาการทางจิตสรีระ (Psychophysilogic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น อาการทางความคิด (Cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ขี้หลงขี้ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น อาการทางพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Psychomoter) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

2.2 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

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

ผลกระทบทางตรง

ภาวะซึมเศร้า ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา โดยพบว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และคิดว่าการดื่มสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ความจริงแล้ว การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Blumental, 1980) และอาจฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้(Buckwalter, 1990) โดยมีการศึกษาพบว่า ประมาณ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent cited in Mcdougall, Blixen, & Suen, 1997) และพบว่าภาวะดึงเครียดทางร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง คืออะเซทิลโคลีน ซีโรโทนิน โดพามีน และนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันทางโรคลดลง เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ประสบ

กับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคตามธรรมชาติ (Irwin และคณะ . 1987)

ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

การขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่ง คือไม่ยอมรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้ขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neese, 1991) ในที่สุดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงตามมา

อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้การขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือ การนอนไม่หลับจึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนแอ เหนื่อยล้าตามมา

สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจาก เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวมองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจาก เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ

2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ เช่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ มีปัญหาในการนอนและความอยากอาหารและมีความคิดฆ่าตัวตาย ในส่วนที่ต่างจากผู้ใหญ่ เช่น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ภายนอกหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าและบางครั้งมีอาการหงุดหงิดมากกว่าอารมณ์เศร้า (Mufson และคณะ, 1993) การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นั้นสามารถทำได้ทั้งจากแหล่งข้อมูลที่เป็นผู้สังเกตการณ์ เช่นบุคคลในครอบครัว และจากการบอกเล่าของวัยรุ่นเองส่วนวิธีการคัดกรอง ที่ใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้า โดยทั่วไปประกอบด้วย การสัมภาษณ์และการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามและแบบวัดที่ต้องตอบด้วยตนเอง เป็นแบบที่เหมาะสมอย่างยิ่ง ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยจะทำให้ทราบถึงอาการแสดงซึ่งเป็นกุญแจสำคัญ เช่น ความเศร้า ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกสูญเสีย และความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความรู้สึกนึกคิดในใจของวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ยังสะดวกต่อการใช้และประหยัดด้วย (Kashani และคณะ, 1985) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 แหล่งข้อมูล

ในการประเมินภาวะซึมเศร้านั้นสามารถรวบรวมข้อมูลได้จากหลายแหล่งแตกต่างกันไปจากการวิจัยต่างๆ นักวิจัยพบว่าพ่อแม่ ครูและบุตรมีการรายงานอาการแสดงและปัญหาในลักษณะที่แตกต่างกัน พ่อแม่และบุตรอาจใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกัน ในฐานะที่เป็นผู้สังเกตการณ์ พ่อแม่ หรือ ครูอาจจะไม่สามารถรับรู้ได้ว่าอะไรที่เป็นปัญหาสำหรับบุตร Angold และคณะ(1987) ก็พบว่าในอาการแสดงหรือปัญหาผิดปกติของลูกที่ลูกไม่ได้แจ้งหรือไม่ได้รายงานพ่อแม่ก็จะไม่แจ้งหรือไม่รายงานด้วย บ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นโดยไม่มีสัญญาณบอกเหตุหรือไม่สามารถประเมินได้ พ่อแม่หรือครูบางคนอาจจะคิดว่า ความเจ็บและการแยกตัวของวัยรุ่นเป็นไปตามวัยหรือเป็นแค่ความไม่พึงพอใจเล็กๆ น้อยๆ ที่มักจะเกิดขึ้นเสมอในวัยรุ่น(Mufson และคณะ, 1993)

2.3.2 เครื่องมือการประเมินตนเอง

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือจากการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือประชากรในชุมชนและกลุ่มวัยรุ่นมีแบบประเมินที่มีผู้ซึ่งสร้างแบบต่างๆ ดังนี้

1) Zung Self – Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ 1965 โดยซุง (Zung , 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการ และความเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมิน ด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจนได้หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split – half ในผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 สำหรับการศึกษานในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธีคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้าแบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของBack แต่ไม่ครอบคลุม

2) แบบวัดภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory)สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 โดย Beck (1961) สร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับ หรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัดข้อคำถาม ด้านเจตคติและอาการแสดงออก ได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดอันดับของแต่ละข้อความประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความ ที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำสุดถึงสูงสุด มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อคือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง

3 คะแนน Back ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .76 ถึง .95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียนจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่กลุ่มนักเรียนจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง .73 ถึง .90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นเครื่องมือ วัดอาการซึมเศร้าประเภท self-report เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach ' Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ .86 โดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำ CES - D มาแปลเป็น ภาษาไทย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ผู้ที่ได้รับคะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

4) แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI (Children ' s Depression Inventory) แบบวัด CDI นั้นเหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10 - 16 ปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI ฉบับภาษาไทยในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CDI นั้นเป็นเครื่องมือประเภท self - report ที่ใช้แพร่หลายที่สุดในเด็กในปัจจุบัน

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children ' s Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้ ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในวัยรุ่น แต่ละคำถาม ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการเศร้าเลย หรือ มีน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อยๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-52 คะแนน จากการวิจัยพบว่า CDI ฉบับภาษาไทย มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติ กับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 10^{-6}$ การศึกษาในเด็กไทยพบว่ามี reliability coefficient (Alpha) = .83 และมีความตรงในการจำแนกสูง จาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 15

คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทยมีความไว(sensitivity) = 78.7% ความจำเพาะ (specificity) = 91.3% และมีความแม่นยำ (accuracy) = 87%

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory จากการวิจัยพบว่า CDI ฉบับภาษาไทย มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 10^{-6}$ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินความซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและในการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาที่มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2.4 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วัยรุ่นทุกคน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงแม้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ มีความรู้สึกเศร้าและผิดหวังเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวตามปกติของพัฒนาการ แต่อารมณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ มักจะเป็นอยู่ไม่กี่ชั่วโมงมากกว่าจะคงอยู่เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน แต่เมื่อความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นเวลานาน เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือก่อให้เกิดผลเสียตามมา ก็ไม่อาจมองว่าเป็นเรื่องปกติต่อไปได้ (Morgan, 1994) ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราตายที่สูงในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพบว่ามีความชุกสูง (วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) เช่น พบร้อยละ 40.8 ในนักเรียนมัธยมต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ร้อยละ 35.5 ในนักเรียนมัธยมศึกษา ของเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ (สกล ด่านภักดี, 2542) การแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยในขณะที่ผู้ใหญ่แสดงออกและมีท่าทางเศร้า โดดเดี่ยวหมัดหวัง แต่วัยรุ่นมักจะปิดบังภาวะซึมเศร้าของตนเอง(อำเภอพรรณ พุ่มสวัสดิ์ , 2543) บ่อยครั้งที่อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น เกิดขึ้นอย่างเงียบๆ แล้วถูกแปรความหมายผิดไป ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงถูกมองข้ามไป จนบางครั้งกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อการศึกษา สภาพสมรสหย่าร้างของพ่อแม่ หรือ แยกกันอยู่ จะส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นคิดว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีความสำคัญ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Demo & Acock, 1988)

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มที่จะปกปิดภาวะซึมเศร้าของตนเองโดยการแสดงออกในลักษณะปัญหาทางพฤติกรรม ซึ่งลักษณะเช่นนี้ เป็นกลไกการป้องกันตัวโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการของวัยรุ่นที่จะปกป้องตนเองจากความรู้สึกหรือการแสดงออกถึงความอ่อนแอ หรือ

ต้องการ การพึ่งพา ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการ เบื่อหน่ายการเรียน เกียจคร้าน หนีโรงเรียน การเรียนตกต่ำ เข้ากับเพื่อนๆ ไม่ได้ มีพฤติกรรมต่อต้าน สังคมซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นหันไปดื่มเหล้าและนำไปสู่การติดเหล้าหรือยาเสพติดชนิดอื่นต่อไปได้ และผลกระทบที่เป็นอันตรายที่สุดคือการฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

Rice (1990) แบ่งลักษณะอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ คือ

1) ซึมเศร้าแบบเฉียบพลัน (Acute depression) เป็นอาการที่ดูเป็นลักษณะรุนแรง และเฉียบพลัน โดยวัยรุ่นมักจะบ่นถึงความเบื่อ แยกตัวและทำที่สุดจะมีเวลาในการพบปะเพื่อนฝูง ญาติ และ พ่อแม่ น้อยลง บางทีจะร้องไห้ง่ายและชอบฝันกลางวันมากขึ้น อาการจะมีช่วงระยะเวลาสั้นๆ อันอาจนำไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือ ปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ปัญหาการเรียนมี ปัญหาในสิ่งผิดกฎหมาย ปัญหา ยาเสพติด และ การสูญเสียความสัมพันธ์กับ ผู้อื่น และครอบครัว

2) ซึมเศร้าแบบเรื้อรัง(Chronic depression) ซึมเศร้าแบบเรื้อรังจะพบได้มากขึ้น ในวัยรุ่นซึ่งวัยรุ่นจะมีประสบการณ์ในการจัดการหรือจัดการออกของปัญหาในรูปแบบของอารมณ์ที่ไม่สมบูรณ์ หรือเกิดจากประสบการณ์การขาดความรักจากครอบครัวหรือเพื่อน ทำให้วัยรุ่นเกิดการ เบื่อหน่ายโลกและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อารมณ์เศร้านี้อาจปรากฏเป็นระยะเวลาาน เป็นปี และอาการสูญเสียความพึงพอใจทุกอย่างเรียกว่า Melancholia

3) ซึมเศร้าแบบปกปิด (Masked depression) อาการซึมเศร้าแบบปกปิดเป็น อาการที่สังเกตหรือรู้ได้ยากโดยวัยรุ่นจะรู้สึกเศร้า แต่พวกเขาจะพยายามหนีหรือปฏิเสธความ ซึมเศร้านั้น โดยอาจแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมของกิจกรรมต่างๆ ที่หักโหมขึ้น (Over active) หรือเบี่ยงเบนไปมีพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น หนีเที่ยว มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การใช้สาร เสพติด และกลุ่มนี้มักมีอารมณ์ที่ หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย ทำให้เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาท ในกลุ่มได้

Kashani และคณะ (อ้างใน เรไร ทิวะทัศน์, 2535) ศึกษาในเด็กมัธยมศึกษา รายงานว่า วัยรุ่นร้อยละ 4.7 เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 เป็นโรคประสาทซึมเศร้า และร้อยละ 18.7 เป็นโรค วิตกกังวล แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 30 - 40 เข้าข่ายเป็นโรคซึมเศร้า Meek (1997) กล่าวไว้ว่า “อารมณ์เศร้าเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ในวัยรุ่น ตั้งแต่อาการ psychosomatic อาการป่วย ไม่ยอมไปโรงเรียน เกร ก้าวร้าว และพฤติกรรมทางเพศ วัยรุ่นอาจมี ท่าทีที่ต่อต้าน หรือ พฤติกรรมต่อต้านสังคม ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด วัยรุ่นที่ซึมเศร้ามีความ ต้องการจะออกไปให้พ้นๆจากบ้าน ทนสภาพที่บ้านไม่ได้ รู้สึกไม่มีใครเข้าใจ ไม่เป็นที่ยอมรับ หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย ถึงขั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ หรือบางครั้งมีพฤติกรรมดื้อดึง ไม่ยอมเข้า ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว แยกตัวจากเพื่อนหรือสังคม มักจะหมกตัวอยู่แต่ในห้อง ระดับการเรียน ตกต่ำ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นรายละเอียดดังนี้

- 1) พฤติกรรมต่อต้านสังคมต่อต้านกฎเกณฑ์ ซึ่งจัดว่าเป็นความประพฤติที่ผิดปกติ (Conduct disorder) แสดงถึงว่าบุคคลนั้นมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self-esteem) พบว่าการให้ยาต้านเศร้าในเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ได้ผลดีเท่ากับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า
- 2) ผลการเรียนต่ำ ซึ่งพบว่าเกิดจากการขาดสมาธิ (Poor concentration) มากกว่าเกิดจากปัญหาด้านสติปัญญา
- 3) พฤติกรรมเฉยเมย เบื่อหน่าย ไม่ยินดีในร้าย ละทิ้งกิจกรรมที่เคยทำ
- 4) อาจมีอาการประสาทหลอน
- 5) นอนออกจากบ้าน

2.5 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นเชื่อว่าเกิดได้หลายสาเหตุแตกต่างกันไป นักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่าทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, Rawlins & Williams, 1984) นักทฤษฎีทางด้านจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้จากความรู้สึกขัดแย้งกันในระดับจิตไร้สำนึกของสัญชาตญาณความต้องการและแรงผลักดัน ทำให้เกิดความรู้สึกผิดลึกลับไม่แน่ใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดความรู้สึกลึกลับใจ

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกของบุคคลซึ่ง Beck & Fennell เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบความคิดทางลบ 3 ลักษณะ ดังนี้ (Beck & Fennell, 1989)

2.5.1 รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) โดยมองตนเองว่าบกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่าไม่เป็นที่ปรารถนา ต่ำห็นตนเอง โทษตนเองมีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมาย ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้คิดฆ่าตัวตายได้

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

2.5.3 รูปแบบความคิดต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะ

ทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไรไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย มองอนาคตว่าเป็นสิ่งที่ เป็นปัญหา และไม่มี ความหวังลักษณะของความคิดทางลบทั้ง 3 รูปแบบนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ ความคิดทางลบที่เกิดขึ้นประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิด และการแปรความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ได้แก่ ลักษณะเนื้อหาของความคิดดังต่อไปนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอื้อมเดือน เนตรแฉม. 2541)

1) การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นการสรุปความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย เช่น บางคนมีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะสม

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

3) การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่มีอยู่บนพื้นฐานความจริงเพียงอย่างเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวจะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

4) การขยายภาพและการทำให้ลดลง (magnification and minimization) มีการประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อย ที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และ ประเมินถึงสิ่งที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

5) การคิดว่าตนเป็นเหตุ (personalization) ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเอง ในเหตุการณ์ต่างๆ การบิดเบือนทางปัญญาอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ และความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตาเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนไม่ได้มองอาจคิดว่าตนเองทำอะไรให้เพื่อนขุ่นเคือง

6) ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำสิ่งใดให้ครบถ้วนสมบูรณ์

2.6 ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานศึกษา จากการศึกษาของ สุภาเพ็ญ คชพลอย (2541) พบว่าสาเหตุซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานศึกษาส่วนใหญ่ที่พบจะไม่แตกต่างกับที่พบในผู้ใหญ่

2.6.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

1) พันธุกรรม ครอบครัวที่มีประวัติของภาวะซึมเศร้า (Major depressive) เป็นปัจจัยที่ชัดเจนต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นเด็กที่มีพ่อหรือแม่ซึมเศร้าเพียง 1 คน

จะมีปัจจัยเสี่ยงเป็น 2 เท่า ส่วนเด็กที่มีทั้งพ่อและแม่ซึมเศร้า จะมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเป็น 4 เท่า นอกจากนี้ มีการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันของความคิดทางอารมณ์สูงกว่าฝาแฝดไข่คนละใบ ถึง ร้อยละ 76 ต่อ ร้อยละ 19 จึงเป็นข้อยืนยันถึงองค์ประกอบทางพันธุกรรมและการถ่ายทอดกรรมพันธุ์

2) สารเคมีในสมอง พบว่า ในภาวะซึมเศร้า จะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในกระแสเลือด นำไข่สันหลังและปัสสาวะ โดยพบว่าในภาวะซึมเศร้า ร่างกายจะมีการหลั่ง Cortisol , Growth hormone ลดลงในช่วงหลับ จะมีการหลั่ง growth hormone เพิ่มขึ้น มีหน้าที่โครงสร้างของสมองเปลี่ยนไป และมีความผิดปกติของคลื่นสมอง

3) สาเหตุทางจิตใจ

ก. การสูญเสียความรัก มีความหมายกว้างขวางตั้งแต่คนใกล้ชิด ข้าวของเงินทอง สัตว์เลี้ยง ฯลฯ การสูญเสียทุกชนิดถือว่าการทำให้เกิดปฏิกิริยาของการสูญเสีย (grief reaction) ได้และถ้าเกิดอารมณ์โศกเศร้านานเกินกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นความผิดปกติ

ข. การมีความคับข้องใจเป็นเวลานาน (chronic frustin) ผู้อยู่ในภาวะผิดหวัง คับข้องใจเป็นเวลานานโดยหาทางออกไม่ได้ย่อมเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ค. การสูญเสีย self - esteem อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะคนเรามีความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความภาคภูมิใจตนเองเป็นความต้องการทางจิตใจอย่างหนึ่งหากเกิดการสูญเสียเกียรติยศ ชื่อเสียง การสูญเสียความรัก ย่อมทำให้เสียความภาคภูมิใจได้ และเป็นเหตุนำไปสู่การซึมเศร้า

2.6.2 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและสังคม

1) ครอบครัว เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการตั้งเครียดสามารถเป็นตัวโน้มนำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่ย่ำแย่หรือแยกกันอยู่ จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพที่ไม่ดี ระหว่างวัยรุ่นกับบิดา มารดา เพื่อนก็จะทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้ ในครอบครัวของวัยรุ่นที่ซึมเศร้านักพบว่า มีลักษณะที่มีความคับข้องใจ มีการปฏิเสธ มีการสื่อสารน้อย การแสดงออกทางอารมณ์และการประคับประคองน้อย ทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เหตุการณ์ที่สะเทือนใจต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียชนิดต่างๆ เช่นการพลัดพรากจากกันความล้มเหลวในชีวิต การไม่สมหวัง การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิด และที่น่าประหลาดใจก็คือ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิตแล้วเศร้า

3) สังคมและเศรษฐกิจมีความสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจและสภาพความเป็นอยู่

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมรวมกันคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มใหญ่นี้ว่า Biopsychosocial factors ซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม (predisposing) ปัจจัยเร่ง (Precipitation) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไป

2.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

2.7.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นประกอบด้วย

1) ปัจจัยแรกคือ อายุซึ่งอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนหลังผ่านช่วงวัยรุ่นตอนต้นไป จากงานวิจัยของ Brage (1990) พบว่าอายุมีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และอายุยังมีผลโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นโดยผ่านความรู้สึกโดดเดี่ยวด้วย การศึกษาของ Brage และคณะ (1995) พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น การศึกษาของ Iovchuk & Balygina (1998) พบมีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยขึ้นจากอายุ 12-16 ปี แต่จะลดลงเมื่ออายุ 17 ปี

2) เพศเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่เกี่ยวข้อง ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและ ตอนกลางนั้น จำนวนวัยรุ่นหญิงนั้นมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชาย ในอัตราส่วนประมาณ 2 : 1 การศึกษาถึงความแตกต่างทางชีววิทยายังไม่มีความชัดเจนเพียงพอในการอธิบายถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ แต่ได้มีการศึกษากันมากพอสมควรในการพิจารณาถึงความแตกต่างในแหล่งก่อความเครียดและกลไกการเผชิญปัญหาทำให้เกิดความเครียดได้ สำหรับกลไกการเผชิญปัญหานั้นจะเห็นได้จากผู้ชายมักจะไม่ค่อยให้ความสนใจกับปัญหาเท่าใดนักโดยมักเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมอื่นๆแทน ในขณะที่ผู้หญิงมักจะคิดคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้น กล่าวได้ว่า ส่วนหนึ่งเป็นเพราะวัยรุ่นหญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าวัยรุ่นชายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Marcotte, 1996) และงานวิจัยของ Brage (1990) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าวัยรุ่นชายมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าวัยรุ่นหญิง

3) อีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก็ คือ บุคลิกภาพ ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพ 3 แบบมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา แบบพฤติกรรมดี และ แบบชอบควบคุม บุคลิกภาพแบบพึ่งพา จะมองคนอื่นว่าเป็นผู้ที่ทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าบุคลิกภาพแบบนี้มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด บุคลิกภาพแบบนี้มักจะคล้อยตามความเห็นของคนอื่นและค่อนข้างจะทำตามกฎระเบียบมักกังวลว่าผู้ปกครองจะเห็นด้วยการกระทำของตัวเองหรือไม่และจะพยายามอย่างมากที่จะทำให้ผู้ปกครองพึงพอใจ ผลจากความตึงเครียดอยู่เสมอคือความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บุคลิกภาพแบบสุดท้ายคือ

บุคลิกภาพแบบชอบควบคุม จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ค่อยจะยืดหยุ่นไว้อารมณ์ จะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองไม่พอใจ จึงทำให้เครียดได้ง่าย (Gillett, 1991)

4) สถานภาพสมรส ของบิดา มารดา และ สัมพันธภาพของครอบครัว จากงานวิจัยของ Lasko และคณะ (1996) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นมีความใกล้ชิดกับพ่อและแม่ ต่ำ งานวิจัยของ Sheeber และคณะ (1997) พบว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมากทั้งในปัจจุบันและในอนาคตในช่วงปี และงานวิจัยของ Aseltine และคณะ (1998) พบว่า การสนับสนุนครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน งานวิจัยของ Aseltine (1996) พบว่าการหย่าร้างของพ่อแม่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ 2 ทาง คือการหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดเป็นจำนวนมาก ที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิริยาต่อความเครียดของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไป วัยรุ่นบางรายจะมีปฏิริยาต่อความเครียดลดลง บางรายมีปฏิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มที่มีปฏิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

5) เหตุการณ์อีกเหตุการณ์หนึ่งที่พบได้มากในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า คือการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตความ โศกเศร้าจากมรณกรรมนั้น ไม่ถือเป็นภาวะซึมเศร้าแต่การสูญเสีย พ่อ แม่ อาจก่อให้เกิดความสูญเสียอื่นๆตามมาได้ เช่น การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตอาจทำให้สภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำลงได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะประวัติการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญอีกอันหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยพบว่าพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ นั้นจะถ่ายทอดความรู้สึกสิ้นหวังและหมดหนทางซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า ไปยังบุตรวัยรุ่นของตนโดยไม่ตั้งใจจากการกระทำพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างต่างๆออกมา

6) สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเนื่องจากความยากจนเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องในชีวิตของวัยรุ่นทำให้เกิดผลเสียต่ออารมณ์ของวัยรุ่นและครอบครัว

7) ปัญหาทางโรงเรียนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับของภาวะซึมเศร้า การที่วัยรุ่นไม่สามารถเรียนได้เหมือนเพื่อนจะเป็นสิ่งที่ขัดขวาง ได้รับประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จ ปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุมาจากความไม่สมหวัง ในการประสบความสำเร็จที่โรงเรียนก็เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ในทางลบได้อีกอย่างหนึ่งที่จะนำมาซึ่งอารมณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นได้เสมอในวัยรุ่น เมื่อความนึกคิดและอารมณ์ในทางลบมีมากขึ้นเรื่อยๆก็นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (มณวิภา สาครินทร์, 2538)

2.7.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานศึกษา

จากการศึกษาของ ปรีชา สุวังบุตร (2545) พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานศึกษาได้แก่ เห็นคุณค่าของตนเอง ขาดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งในแต่ละข้อมีรายละเอียดดังนี้

1) การเห็นคุณค่าในตนเอง ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าแห่งตน ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้ให้ทัศนะว่า บุคคลในสังคมทุกคนต้องการเห็นคุณค่าแห่งตน แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

ก. ความต้องการเห็นคุณค่าแห่งตน (self - esteem) ต้องการเป็นผู้ประสบความสำเร็จ เข้มแข็ง มีความสามารถ และเชื่อมั่นที่จะเผชิญสิ่งต่างๆในโลก

ข. ความต้องการเห็นคุณค่าแห่งตนจากผู้อื่น (esteem from other people) ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับ ต้องการเป็นผู้มีอำนาจเหนือคนอื่น และเป็นบุคคลสำคัญเป็นที่ชื่นชมของคนอื่น

Coopersmith (1984) ให้ความหมายของคุณค่าแห่งตนว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งแสดงออกในลักษณะการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีพลังอำนาจของตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้จาก คำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นได้แสดงออก

อัปสรศิริ เอี่ยมประชา (2542) การเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึงการประเมินความเชื่อหรือความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองมีความเคารพและยอมรับในตนเองมีความสำคัญมีความสามารถและใช้ความสามารถที่มีอยู่กระทำในสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่วางไว้โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2543) ได้ให้ความหมายว่า การที่บุคคลมองและประเมินตนเองว่าเป็นคนอย่างไรตามปกติเมื่อคนเรามองตนเอง เช่นเมื่อบุคคลมองตนเองจะเห็นภาพสองด้าน ด้านแรกเป็นภาพในอุดมคติ เป็นสิ่งที่ตนเองใฝ่ฝันอยากจะเป็น ส่วนด้านที่สอง คือภาพตัวตนในความเป็นจริงหากภาพในความเป็นจริงนั้นใกล้เคียงกับภาพในอุดมคติ บุคคลจะมีความรู้สึกดีกับตนเอง มีความนับถือตนเองสูง แต่หากสองภาพนี้แตกต่างกันมากบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกแย่ ความนับถือและความภาคภูมิใจในตนเองจะลดต่ำลง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ได้ว่าความสำนึกคุณค่าแห่งตน หมายถึงความรู้สึกและทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านดีและไม่ดีโดยการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเอง ในด้านความสำคัญ การยอมรับ ความเชื่อมั่น ความสามารถ ความสำเร็จ ในการทำงาน ความล้มเหลว ความมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนการได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายของ Coopersmith (1984) เพราะมีความหมายที่ชัดเจน สอดคล้องและ

ครอบคลุมซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยตนเองโดยมีพื้นฐานและความเชื่อที่ว่า ความสำคัญคุณค่าแห่งตนจะบังเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

องค์ประกอบคุณค่าแห่งตน

Coopersmith (1984) กล่าวถึง คุณลักษณะพื้นฐานของคุณค่าแห่งตนที่บุคคลใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินความสำเร็จ 4 ประการ คือ

ก. ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับการถูกยอมรับการมีคุณค่าอย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเป็นที่รักของบุคคลอื่น มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

ข. ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่จะพิจารณาความมีคุณค่าจากการกระทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถจะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจสามารถปรับตัวได้ดีใช้กลไกในการป้องกันตนเองน้อยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ค. คุณความดี (Virtue) หรือการบรรลุมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม เป็นการปฏิบัติตัวสอดคล้องกับศีลธรรม ค่านิยมของสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม มีความคิดและปฏิบัติตนตามที่ถูกต้อง รับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดีและมีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่

ง. พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเองและผู้อื่นและต่อเหตุการณ์ต่างๆรอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตนว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ และมีความสามารถเพียงพอในการที่จะกระทำสิ่งต่างให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ การเสริมคุณค่าในตนเอง

คุณค่าแห่งตนเป็นความรู้สึกความเชื่อ โดยมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับด้านความสามารถ ความคิด ค่านิยม และเป็นผลสรุปของความสำเร็จ และความรู้สึกคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ทุกพัฒนาการในทุกช่วงวัย ถ้าได้รับการส่งเสริมให้ได้รับประสบการณ์ที่ดีดังต่อไปนี้

- การได้รับความรู้สึกเห็นคุณค่าความใส่ใจและสนใจตลอดจนการยอมรับจากบุคคลที่สำคัญของตนเอง

- การได้แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่สำคัญของตนเอง
- การได้รับความสำเร็จที่เด่นชัดตามเป้าหมายหรือความคาดหวังของตน
- การได้รับประสบการณ์ที่ส่งผลให้คุณค่าของตนเพิ่มสูงขึ้น

มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้เสนอแนวทางการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าแห่งตนไว้ดังนี้

Maslow (1970) ได้กล่าวถึง ปัจจัย 3 ประการ ที่มีอิทธิพลต่อคุณค่าแห่งตน คือ

- 1) การยอมรับและได้รับการเห็นชอบจากบุคคลอื่น
- 2) ความสามารถที่แท้จริงในการประสบความสำเร็จ

3) การเข้าใจและยอมรับในตนเอง

Coopersmith (1984) กล่าวถึง แนวทางในการพัฒนาคุณค่าแห่งตน 4 ประการ คือ

- 1) การได้รับการยอมรับนับถือ ความสนใจ ใส่ใจ และการได้รับการปฏิบัติตอบจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต
- 2) การประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งมีผลให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งทางสังคม โดยปัจจัยที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จคือ ความมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณงามความดี น่าเชื่อถือศรัทธา และการมีความสามารถ
- 3) การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนา
- 4) ลักษณะการตอบสนองต่อการถูกลดคุณค่า โดยบุคคลอาจปฏิเสธหรือไม่ใส่ใจกับการตัดสินของผู้อื่นมากขึ้น การกระทำดังกล่าวจะเป็นการปกป้องคุณค่าแห่งตนของบุคคล มิให้ตกลงไปสู่ความวิตกกังวล และยังช่วยให้บุคคลยังรักษาคุณภาพแห่งตนได้

ความสำคัญของคุณค่าแห่งตนต่อภาวะซึมเศร้าในสถานศึกษา คุณค่าแห่งตนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อวัยรุ่นเนื่องจากเป็นความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจที่จะทำให้วัยรุ่นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า (Walz & Bleur, 1992) เป็นการรับรู้ตนเองของวัยรุ่นว่าตนเองมีความสำคัญ มีความสามารถ มีความสำเร็จ และมีคุณค่า บุคคลที่เห็นคุณค่าแห่งตนจะมีความเคารพนับถือตนเองและเชื่อมั่นในตนเอง ใช้ศักยภาพที่มีของตนเองได้อย่างเต็มที่ ในการดำเนินชีวิตสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้ด้วยความเชื่อมั่น กล้าหาญและมีความหวัง (Briggs, 1970 cited in Walz, 1992) ตลอดจนคิดว่าตนเองมีค่าในสังคม มีเกียรติ มีศักดิ์ศรีมีความสำคัญและเป็นที่ยกย่องชมเชยของบุคคลอื่น (Maslow, 1970) เมื่อวัยรุ่นคิดว่าตนเองจะประสบความสำเร็จเขาจะปฏิบัติไปในทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ (Devito, 1995) ส่วนผู้ที่มีคุณค่าแห่งตนต่ำจะแสดงภาพพจน์ ที่มีความขลาดกลัว เศร้าสลด หดหู่ใจ และรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งอยู่โดดเดี่ยว ไร้คนให้ความรักและความเข้าใจ ไร้ความสามารถที่จะต่อสู้ชีวิต มีความอ่อนแอ ท้อถอยในการที่จะพิชิตความบกพร่องของตนเอง ชอบสร้างปัญหาให้มากขึ้น และไม่หาทางกำจัดปัญหา (Mencil, 1975 อ้างในสุกัญญา มัทธนานนท์, 2543) มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ และมักใช้กลไกในการป้องกันตนเองไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Branden, 1981, Maslow, 1970) ดังนั้นคุณค่าแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะพัฒนาวัยรุ่นไปสู่การเป็นบุคคลโดยสมบูรณ์ (full functioning person) (Roger, 1991)

สรุปว่า คุณค่าแห่งตนมีความสำคัญต่อมนุษย์เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การดำรงชีวิตเป็นคุณลักษณะที่มีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคล โดยเฉพาะวัยรุ่นจะเห็นได้ว่าคุณค่าแห่งตนมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งทางบวกและลบ และถ้ามีการพัฒนาให้คุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลยอมรับตนเอง รู้ความต้องการของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มความสามารถ บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความเชื่อมั่นใน

ตนเองพร้อมที่จะเผชิญปัญหาได้ดีและสามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดีเมื่อพบกับเหตุการณ์ต่างๆ เปรียบเสมือนพลังทางบวก ที่จะสามารถ ทำให้การดำเนินชีวิตไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีชีวิตที่มีคุณภาพ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมองตนเองเป็นคนไร้ค่า ขาดความเชื่อมั่นและไม่สามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ มักจะพบกับความล้มเหลวในชีวิต ถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมาตัวตายในที่สุด ถึงอย่างไรก็ตามการเห็นคุณค่าแห่งตนเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เป็นพื้นฐานของช่วงวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ และจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับมีหลายวิธีที่สามารถส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายกลุ่ม ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบครอบครัว การฝึกอบรม การจัดกิจกรรมกลุ่ม การใช้กลุ่มบำบัด ประคับประคอง การใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง การใช้ศิลปะบำบัด การใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสาร เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ความหมายของสัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง เป็นการติดต่อกันระหว่างบุคคลสองฝ่าย และก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีตามมา ความสัมพันธ์นี้จะในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือช่วงระยะเวลาอันยาวนานเป็นแรมปีหรือตลอดไป ขึ้นอยู่กับชนิดของความสัมพันธ์นั้นๆ ชนิดของสัมพันธภาพหนึ่ง คือสัมพันธภาพเพื่อสังคม (Social Relationship) เป็นการติดต่อกับบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจร่วมกัน อาจเป็นแบบลักษณะสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง คนรู้จักหรือคุ้นเคย หรือบุคคลทั่วไปที่บังเอิญหรือตั้งใจที่จะติดต่อกันเป็นสัมพันธภาพที่ต่างต้องการความพึงพอใจ หรือ มีผลประโยชน์ต่อกัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องสำคัญในการให้ความช่วยเหลือบุคคล โดยเฉพาะผู้มีปัญหาทางจิตใจ โดยอาศัยสัมพันธภาพเป็นแนวทางให้บุคคลค้นหาตนเอง และเป็นเครื่องชี้ทางให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นทางความรัก และทางสร้างสรรค์หรือทำลายได้ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การมีบุคคลสองคนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน มีระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการกระทำต่อบุคคลอื่น โดยการมีสัมพันธภาพ (Relationship) จะแตกต่างกันไปตามหน้าที่ที่มาตามบทบาทตามกฎหมายที่บัญญัติ ตามความบ่อยที่ได้ปฏิสัมพันธ์ และระดับการเป็นทางการ (Callan, 1991)

คุณค่าของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่

ก. การเพิ่มความสุข คือ เมื่อบุคคลหนึ่งมีความสุขก็จะมีการส่งผลให้คนอื่น หรือคนรอบข้างมีความสุขตาม

ข. เพิ่มเติมความรู้สึกในการเห็นคุณค่าในตนเอง จุดสำคัญเป็นการให้ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองจากคนอื่นให้มา ถ้าบุคคลใดไม่เห็นความสำคัญก็จะส่งผลต่อความไม่สบายใจหรือซึมเศร้าหรือรู้สึกไม่ดีได้ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะเป็นการสนับสนุนบุคลิกภาพ

(Personality Support) ที่ไม่ได้เพียงแต่กระทำต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่มันเป็นผล (result) ต่อภายในบุคคล

ก. ส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้จักตนเอง (self knowledge)

ง. พัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล

สรุปว่า การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะช่วยให้มนุษย์อยู่ในสังคมได้อย่างราบรื่น มีความสุข เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์หลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เริ่มจากครอบครัวซึ่งเป็นสถานที่ให้กำเนิดแก่ชีวิตมนุษย์ จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับบิดา มารดา ญาติพี่น้องที่เป็นความสัมพันธ์ครั้งแรก ต่อมามีการขยายไปสู่เพื่อนบ้าน ไปสู่สังคมภายนอก และมีการปฏิสัมพันธ์เป็นการควบคุมพฤติกรรมทางสังคม ส่วนหนึ่งโดยมีเครือข่ายทางสังคมที่อยู่รอบตัวบุคคลเป็นตัวเชื่อมโยงก่อเกิดพฤติกรรมการปฏิสัมพันธ์โดยเฉพาะในกลุ่มของวัยรุ่น เพราะการพัฒนาสัมพันธภาพในวัยรุ่นเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตที่ปกติสุขของวัยรุ่น

3) การแสวงหาความช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ เมื่อบุคคลได้รับหรือสัมผัสกับความรู้สึกที่แสดงออกถึงความไม่ปกติ จะเกิดการรับรู้ถึงความไม่ปกตินั้น โดยมีกลไกของการเผชิญปัญหาเข้ามามีส่วนในการแก้ปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น จึงเกิดการตีความด้วยตนเองในการแก้ปัญหาที่มีปัจจัยต่างๆเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อกทศนคติ เป็นต้นในที่สุดจึงเกิดการตัดสินใจในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยมีปัจจัยทางด้านความรุนแรง ความสูญเสีย ความเชื่อ ทรัพยากรที่หาได้ ความคาดหวังและความคาดหวังจากบุคคลอื่นมามีส่วนในการประเมินผลลัพธ์นี้

ดังนั้นการที่บุคคลเมื่อประสบปัญหาการคุกคามทางด้านสุขภาพจิตของตนเอง โดยภาพรวมบุคคลจะรับรู้ที่จะแสวงหาข้อมูลจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างของตนเอง เป็นการแสวงหาการรับรู้ที่ได้จากการประเมินและประมวลผลในความรุนแรงและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ร่วมกับประสบการณ์หรือการรับรู้จากบุคคลอื่นเป็นพื้นฐาน

ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่นภาวะซึมเศร้า ฯลฯ ส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะเล่าให้ผู้อื่นฟัง ไม่สามารถหาทางออกหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มักแสวงหาความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มเพื่อน เป็นต้น (ปรีชา สุวัจนบุตร, 2542) จึงทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรง เช่นฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือการพัฒนาการช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ เช่นกลุ่มเพื่อนให้เหมาะสมก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการช่วยเหลือที่มีคุณภาพ ลดภาวะซึมเศร้า และปัญหาที่รุนแรงในอนาคตได้

กรอบแนวคิดความสำคัญคุณค่าแห่งตน (Self - esteem) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและวัยรุ่นที่มีระดับคุณค่าตนเองต่ำ จะนำไปสู่การเกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศ (Rosenthal, Moore, & Flynn, 1991) ปัญหาการมี

ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (สุกัญญา พิระวรรณกุล , 2541) ปัญหาการใช้สารเสพติด (อุมาพร ตริภักดิ์ , 2543) และปัญหาด้านการเรียน (ชยากร ลีประเสริฐ , 2536) การศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของ Coopersmith (1984) เป็นแนวทาง

จากแนวคิดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของ Coopersmith (1984) ที่เชื่อว่า ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน เป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดและสามารถเปลี่ยนแปลงพัฒนาได้ จากประสบการณ์การเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมโดยเริ่มต้นที่บุคคลประเมินความรู้สึกของตนเองต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นเป็นไปในทางที่ดีและได้รับข้อมูลป้อนกลับในทางที่ดีด้วย บุคคลนั้นย่อมจะประเมินตนเองในทางที่ดี รักตนเองมีผลทำให้ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเพิ่มมากขึ้นในทางตรงกันข้ามถ้าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่นเป็นไปในทางไม่ดีด้วย เช่นการสูญเสียความรัก หรือไม่ได้รับการยอมรับและไม่ได้รับการยกย่องชมเชยจากบุคคลอื่น บุคคลนั้นจะประเมินความรู้สึกตนเองไว้ต่ำ ไร้ความสามารถไม่มีความหมายหรือไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ย่อมจะมีความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำลง

2.8 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นพอสรุปได้ ดังนี้ (Sadler, 1991)

2.8.1 มีอารมณ์เศร้าหรือไม่เป็นสุข ได้แก่ รู้สึกเศร้า เหงาหงอย อ้างว้าง โดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธ โดยอาจจะแสดงออกในลักษณะหงุดหงิดง่าย ร้องไห้ มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมที่ไม่ยังคิด หรือหุนหันพลันแล่น หรือถอยห่างจากสังคม ความสนใจและพึงพอใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ลดลง เช่น เบื่อหน่าย ไร้อารมณ์หรือห่อเหี่ยวใจโดยไร้มูลเหตุที่ชัดเจน

2.8.2 ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง เช่น รับประทานอาหารมากหรือน้อยผิดปกติ

2.8.3 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนมากหรือนอนน้อยผิดปกติ

2.8.4 ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ เช่น รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก

2.8.5 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น การเรียนแย่ลง

2.8.6 รู้สึกสิ้นหวังหรือหมดหนทาง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้าย อาจหมกมุ่นอยู่กับ

ความตายหรือการฆ่าตัวตาย

2.9 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และคณะ (2542) กล่าวว่า ในการบำบัดรักษากลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็นดังนี้

2.9.1 การให้ยา เป็นการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาต้านเศร้า เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าลง

2.9.2 การทำจิตบำบัด เป็นการช่วยให้วัยรุ่นก้าวผ่านความสูญเสีย สิ้นหวัง โกรธ ละเอียด ซึ่งเป็นตัวผลักดันของการเกิดการฆ่าตัวตาย การใช้จิตบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่มซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามเหมาะสม เช่น ในวัยรุ่นเป็นวัยที่ชอบเข้ากลุ่มและกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลในการดำเนินชีวิต ดังนั้นในวัยรุ่นจึงเหมาะสมที่จะใช้กลุ่มจิตบำบัด ซึ่งในกลุ่มจิตบำบัดนั้นมีหลายประเภทแต่ที่เหมาะสมและได้ผลดีกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1) การบำบัดโดยปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม(Cognitive behavior therapy) เชื่อว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้ามีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงการรักษาจึงมุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด ในการแก้ปัญหา

2) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) อาจทำเมื่อความตึงเครียดอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ โดยเกิดความร่วมมือระหว่างวัยรุ่นที่มีปัญหาซึมเศร้า ครอบครัว และผู้บำบัด

4) การบำบัดโดยการสนับสนุนทางสังคม (Social reinforcement Therapy) เป็นเทคนิคการใช้พฤติกรรมเพื่อกำหนดหรือแก้ไขรูปแบบของพฤติกรรม ความคิดที่เข้าใจผิดๆ ซึ่งเป็นตัวทำให้สัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นในทางลบ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4) การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้อื่น มุ่งให้เกิดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น

5) การบำบัดจิตระยะสั้น (Short-term psychotherapy) เป็นหลักการเดียวกับการบำบัดทางจิตแต่ใช้เวลาระยะสั้นไม่เกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนช่วยในการสืบค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองบางส่วนที่เป็นปัญหา

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2543) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไว้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นหมายถึงการประกอบวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นและ/หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็ก/วัยรุ่นที่มีสุขภาพดี และที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ในการดำรงรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการปัญหาทางจิตตลอดจนการดูแลช่วยเหลือ การบำบัดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่นเพื่อให้เด็กและวัยรุ่น มีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างผาสุก ทั้งนี้พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล การบำบัดทางจิต ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ การ

จัดสภาพแวดล้อม การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม แก่เด็ก / วัยรุ่น และครอบครัว และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานอื่น องค์กรเอกชน และทีมสุขภาพใน โครงการ หรือกิจกรรมที่มุ่งสู่การเสริมสร้างสุขภาพจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตที่เป็นสุขของประชาชน

3.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัจจุบัน การดูแลสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนนั้น ต้องดูแลลักษณะองค์รวม และต่อเนื่องในทุกภาวะของสุขภาพตั้งแต่มีสุขภาพดีมีภาวะเสี่ยงภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุม การสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูรวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นและการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสมโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชน ครอบครัวชุมชนในการดูแลตนเอง (วิลาวัลย์ เสนารักษ์, 2544) ซึ่งโรงเรียนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ควรได้รับการดูแลจากบุคลากรและทีมสุขภาพ เพราะเป็นที่รวมของวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงและเด็กวัยนี้เป็นช่วงที่มีการปรับตัวอย่างมากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ (สมภพ เรืองตระกูล , 2545)

ซึ่งจากบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้นเน้นการใช้ความรู้ความชำนาญการพยาบาลคลินิกในการให้การพยาบาลโดยตรงในโรงพยาบาลในชุมชน (สภาการพยาบาล. ม.ป.ป. อ้างถึงในจันทร์อัมพร รุณดี , 2544) รวมทั้งโรงเรียนแก่นักเรียน ครอบครัวและกลุ่มนักเรียนทั้งภาวะปกติและที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโดยใช้ทักษะความรู้ ประสบการณ์ในการประเมินและสังเคราะห์ โดยสิ่งที่ได้จากการประเมิน การคัดกรองพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช นั้นมีหน้าที่วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือขั้นต้น แก่เด็กที่มีปัญหาและส่งต่อกรณีเด็กต้องการความช่วยเหลือจากสหสาขาวิชาชีพ

3.2 ความสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่น

ในช่วงของการเจริญเติบโตของมนุษย์ ระยะเวลาที่มีความสำคัญมากและเป็นพื้นฐานของการมีชีวิตที่เป็นสุข คือวัยเด็ก และวัยรุ่น เด็กทุกคนเกิดมาด้วยองค์ประกอบที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนตามลักษณะทางพันธุกรรมของเด็กแต่ละคน เจริญเติบโต ในสภาพแวดล้อมที่ประกอบด้วยบิดามารดา หรือผู้ใกล้ชิดทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม ภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคม ก็จะส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ในทางตรงกันข้ามหากบิดา มารดา หรือผู้ใกล้ชิดมีความรู้ความสามารถไม่เหมาะสม ไม่สามารถดูแลเลี้ยงดูเด็กและ มีความบกพร่องในการจัดการกับสภาพแวดล้อม หรือสังคม จะส่งผลให้การเจริญเติบโต และ พัฒนาการของเด็กและวัยรุ่นชะงักงัน เด็กจะมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ็บป่วยได้การดูแลช่วยเหลือผู้เลี้ยงดูเด็กและ วัยรุ่นเพื่อ

การส่งเสริมให้พัฒนาการตามวัยป้องกันเด็ก และวัยรุ่นซึ่งอยู่ในภาวะเสี่ยงไม่ให้เกิดปัญหา รวมถึง การดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพ หรือ เจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว และประเทศชาติ การดูแลช่วยเหลือดังกล่าว คือ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นการที่วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และรวดเร็วในหลายๆด้านพร้อมกัน ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิด และ สติปัญญาดังกล่าว ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทาง จิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกหนึ่งที่สามารถ เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และ เมื่อมีปัจจัยต่างๆมากระตุ้นทำให้ความรู้สึกสิ้นหวังนั้น มีความรุนแรงได้ การที่วัยรุ่นเกิดความรู้สึกสิ้นหวังง่าย ทั้งนี้เพราะในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการทางสติปัญญา เริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองตนเอง และมองไปยังอนาคตข้างหน้าถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง และขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังได้ง่าย ซึ่งนำไปสู่การเกิด ภาวะซึมเศร้า และการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นของสังคมที่จะ ต้องมีบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีความรู้และความสามารถที่พร้อมที่จะให้บริการวัยรุ่น กลุ่มนี้ได้ พยาบาลระดับวิชาชีพ และระดับพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทาง เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สามารถให้บริการ ทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหา ดังกล่าวได้

3.3 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2544) ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล ในเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ปัญหาภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. มีกระบวนการคิดและมุมมองตนเองในทางลบ เกี่ยวข้องกับการขาดการกระตุ้นทางการ คิดในทางบวกเกี่ยวกับอนาคต หรือขาดแรงเสริมทางบวกจากสิ่งแวดล้อม
3. มีความพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเรียนรู้ตามพัฒนาการเกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะสิ้นหวังและการลังเลการตัดสินใจ
4. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การคิด การมองตนเองด้านลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

การวางแผนการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่นที่มีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการ คิดฆ่าตัวตาย ควรได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สร้างความไว้วางใจซึ่งพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้โอกาสได้พูดถึงความรู้สึกที่ดีและไม่ดีในทาง

สร้างสรรค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่ประสบปัญหา ผู้ที่ประสบความสูญเสีย รับฟังอย่างสนใจ ยอมรับความรู้สึกนั้น และช่วยให้วัยรุ่นได้พัฒนามุมมองหรือความคิดต่อตนเอง บุคคลและต่อสถานการณ์แวดล้อมอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง

3. สอนให้วัยรุ่นเรียนรู้ และ พัฒนาวิธีการเผชิญกับอารมณ์ของตนเอง ในทางสร้างสรรค์ เช่นการใช้พลังงานทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นเมื่อมีความรู้สึกซึมเศร้าจัดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ใหม่ในสถานการณ์ทดลอง หรือสถานการณ์จริงที่วัยรุ่นยังมีความรู้สึกปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อความล้มเหลว

4. สร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ควบคู่กับการสอนวัยรุ่น ให้เรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมจัดกิจกรรม หรือ เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้สถานการณ์จริง ประเมินผล และ ให้ข้อมูลย้อนกลับที่สอดคล้องกับความจริง ควบคู่กับการให้กำลังใจและแรงเสริมทางบวก เมื่อวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี รวมทั้งสอนให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ชีวิตเป็นรายบุคคล

5. ช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาความรับผิดชอบ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนที่เหมาะสมตามสภาพ ด้วยวิธีการสอนและให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นในการแก้ปัญหาชีวิตด้วยตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นมีความเข้าใจตนเอง สถานการณ์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหรือเลือกวิธีการแก้ปัญหา ทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เลือกแล้ว โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนการประเมินและการปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เรียนรู้ใหม่ในชีวิต

วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังพัฒนาบทบาทต่างๆ เพื่อก้าวไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ ปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้นได้ พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สามารถให้บริการวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ซึ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าควรให้ความช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น พยาบาล ครู ผู้ปกครอง รวมทั้งเพื่อนสนิท การมีสัมพันธภาพอย่างอบอุ่นกับพยาบาล การใช้กลุ่มบำบัด ประคับประคองซึ่งอยู่บนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมให้เกิดความไว้วางใจ จนสามารถระบายความรู้สึกต่างๆและร่วมหาทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสร้างความเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง เพื่อให้วัยรุ่นสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้จากการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองไปใช้ในสถานการณ์จริงของตนเองได้

3.4 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกับระบบการดูแลนักเรียนในโรงเรียน

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน (จริยวัตร คมพยัคฆ์ . 2544) ดังนี้

3.4.1 ฝ่ายบริการอนามัยโรงเรียน

1) ร่วมจัดดำเนินการช่วยเหลือหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการบริการอนามัย ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

2) ให้บริการอนามัยโรงเรียนในส่วนกลางที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการได้

3) บริการพิเศษเป็นการให้บริการอนามัยโรงเรียนเพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพนักเรียน และเพื่อศึกษาสุขภาพโรงเรียนและสิ่งแวดล้อม

3.4.2 ฝ่ายเผยแพร่อบรมและนิเทศ ฝ่ายนี้ได้ดำเนินการในเรื่อง

- 1) เผยแพร่ความรู้ในด้านสุขวิทยาแก่นักเรียน ครูและผู้ปกครอง
- 2) อบรมและเผยแพร่ความรู้ เรื่องการอนามัยโรงเรียน เสนอแนะและสนับสนุนโครงการอนามัยโรงเรียน แก่จังหวัดต่างๆ เพื่อให้รับไปปฏิบัติได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- 3) นิเทศงานและติดตามงาน เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) ฝ่ายวิชาการ ร่วมดำเนินการศึกษาค้นคว้า วิจัย หาปัญหาสุขภาพนักเรียน เพื่อหาข้อมูลและสถิติ ตลอดจนเก็บรวบรวมรายงานเพื่อประเมินผลแล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

พยาบาลอนามัยชุมชนมีหน้าที่ดูแลให้บริการกับประชากรในวัยเรียน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียน และการเจริญเติบโตตามวัย เสริมสร้างเจตคติด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องให้แก่นักเรียน ซึ่งปัญหาสุขภาพนักเรียนมีความแตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชน จะให้บริการเพื่อแก้ปัญหาและการส่งต่อในกรณีที่มีความซับซ้อนมากเกินความสามารถจะประสานงานและส่งต่อไปกับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือในกรณีที่ซับซ้อน เช่น ปัญหาเด็กนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสถานศึกษา ให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การคัดกรองการดูแลรักษาให้การบำบัด (ทัศนาศาสตร์ บัญชิตยศาสตร์, 2544) รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยทางจิตที่เกินความสามารถในการดูแลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงเรียนจึงเป็นการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองในโรงเรียน โดยการประสานความร่วมมือกับครูในโรงเรียน โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการช่วยเหลือ ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิต โดยอาศัยความรู้ และ ประสบการณ์ทางด้านนโยบายสาธารณสุข ชีวจิตวิทยา พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ จิตสังคม และสังคมวิทยา ผสมผสานความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545 อ้างถึงในสุพัตรา พุ่มพวง, 2547)

4. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดระดับประคอง

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มบำบัดมีด้วยกันหลายแนวคิดทฤษฎีความเชื่อและจุดมุ่งหมายของผู้นำกลุ่มแต่ละคน แนวคิดทฤษฎีต่างๆสามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานร่วมกัน

ได้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาและประโยชน์กับผู้นำกลุ่มในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามแต่ละสถานการณ์ (จันทิมา องค์กรโฆสิต , 2545) ได้แก่

1) กลุ่มกลไกทางจิต (Psychodynamic) กลุ่มนี้เริ่มจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ปัญหาทางจิตมีสาเหตุมาจากอดีตของบุคคลนั้น โดยเกิดจากความขัดแย้งในระดับต่างๆของบุคคลนั้น การรักษาในกลุ่มนี้กลับไปพิจารณาเรื่องในอดีต เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอดีตมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยอย่างไร ที่นิยมได้แก่ บำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (psychoanalytically – oriented psychotherapy) จิตบำบัดแบบลึกซึ้งหรือจิตบำบัดแบบหยั่งรู้ตนเอง (insight – oriented psychotherapy)

2) กลุ่มพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) คือการรักษาที่มีทฤษฎีร่วมกัน ว่าอาการทางจิตใจนั้นเป็นผลของการเรียนรู้ทางพฤติกรรม (learned behavior) และสามารถแก้ไขด้วยการเรียนรู้ใหม่ (stear 1991) พฤติกรรมบำบัดเป็นวิธีที่มุ่งไปที่การควบคุมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นหลักโดยมีรากฐานจากแขนงวิชาหรือสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ จิตวิทยาคลินิก และผลจากการทดลองในเรื่องของการเรียนรู้ทั้งในสัตว์ทดลองและมนุษย์โดยมุ่งเน้นแก้ไขปัญหของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและกำหนดเป้าหมายของการรักษาอย่างชัดเจน

3) กลุ่มการนึกคิดบำบัด (Cognitive Therapy) การบำบัดนี้คิดเป็นการรักษาแบบใหม่ ที่มาจากการรวบรวมสาระสำคัญของ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จิตวิทยาทดลอง (Experimental Psychology) และจิตบำบัดไดนามิก (Psychodynamic Psychotherapy) การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด (Cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (Behavior) โดยอาศัยหลักว่าการนึกคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล

4) กลุ่มจิตบำบัดแนวมนุษยนิยม – อุดมคติวางนิยม (Humanistic - Existential)การรักษาในแนวของ กลุ่มจิตบำบัดแนวมนุษยนิยม – อุดมคติวางนิยม (Humanistic - Existential) แตกต่างจากแนวของกลุ่มไดนามิก และกลุ่มพฤติกรรมบำบัด โดยมีการพัฒนามาจากจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม (Humanistic Psychology) การรักษาแนวนี้นำความรู้เรื่องมนุษย์มาช่วยให้เข้าใจถึงธรรมชาติของพฤติกรรมและปัญหาของมนุษย์จากอีกมุมมอง เช่น Carl R. Rogersผู้เริ่มต้นการรักษาแนวนี้

5) กลุ่มจิตบำบัดอื่นๆ ได้แก่ จิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal psychotherapy) จิตบำบัดการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ (Transactional Analysis) กลุ่มระบบหรือยุทธศาสตร์ (Strategic / Systems)

6) กลุ่มบำบัดประคับประคอง เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์อย่างยิ่งในการปฏิบัติงานจิตเวช เพราะเป็นการรักษาที่รวดเร็ว มีความยืดหยุ่นทั้งในเรื่องหลักการหรือทฤษฎีโดยผู้รักษาสามารถเลือกใช้ระยะเวลาหรือน้อยตามความจำเป็น

7) แนวคิดทฤษฎียาลอม (Yalom 's theory) เน้นว่าปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก หรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่

ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่ม โดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และยอมรับซึ่งกันและกันซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

4.1. แนวคิดของกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ความหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นการบำบัดรักษารูปแบบหนึ่งของ Yalom(1995) ได้ให้ความหมายกลุ่มบำบัดระดับประคอง ดังนี้ กลุ่มบำบัดระดับประคองเป็นวิธีการการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่งซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการของการบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่มซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิก เกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มซึ่งเป็นการบำบัดที่เหมาะสม สำหรับการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในกลุ่ม ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแทบทุกประเภท (จันทิมา องค์โหมสิต, 2545) วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองคือเพื่อเกื้อหนุน การทำงานของจิตใจ ยุทธวิธีในการบำบัดประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีปัญหาให้กลับคืนมา ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบาย แสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจมองเห็นพฤติกรรมของตนเองที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น ลดการบิดเบือนความเป็นจริง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์กับเพื่อนสมาชิกการให้คำชมเชยและให้กำลังใจ (Praise and Encouragement) การให้ความรู้ (Education) การรักษารวมไปถึงคำแนะนำ (Advice and Suggestion) การให้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อม (Environmental Intervention) มีการประคับประคองความรู้สึกซึ่งกันและกัน ที่จะทำให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงความคิด เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Rockland, 1993 อ้างใน เชาวณี ล่องชูผล, 2547, จันทิมา องค์โหมสิต, 2545)

4.2 แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองของยาลอม

Yalom (1995) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของการเข้ากลุ่ม คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก งานของผู้บำบัดในกลุ่มคือ การช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ที่บิดเบือนไม่ถูกต้องและสร้างปัญหาให้แก่ตัวของเขาเองและบุคคลที่เขาเกี่ยวข้องกับช่วยเหลือให้สมาชิกในกลุ่มหาทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์ในกลุ่มเป็นเครื่องมือการเข้ากลุ่ม

เปรียบเสมือนเข้าสังคมจำลอง (social microcosm) คือถ้าให้เวลานานพอสมาชิกกลุ่มจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับที่เขาเคยทำในสังคมที่เขาเคยอยู่ด้วย พฤติกรรมที่เขาติดต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง (Interpersonal maladaptive behavior) ก็จะปรากฏออกมาให้เห็นชัดเจนในกลุ่มพฤติกรรมของผู้ที่เข้ากลุ่มที่แสดงให้เห็นนี้เป็น “ตัวอย่าง” ของพฤติกรรมทั้งหมดของสมาชิกกลุ่ม และจะเห็นในกลุ่มชัดเจนกว่า การบำบัดระดับประจักษ์บุคคล เพราะว่าสมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบุคคลอื่นๆในกลุ่มและสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” คือสนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆในกลุ่ม ถ้ามีการพูดถึงเรื่อง “ภายนอกกลุ่ม” ก็จะต้องดึงเรื่องให้กลับมาสู่ “ภายในกลุ่ม” ให้ได้ นอกจากนี้การใช้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ยังมีผลแรงให้ปัจจัยบำบัดหรือปัจจัยการรักษา (Therapeutic factors) อื่นๆ ให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

4.2.1 ปัจจัยบำบัด Yalom (1995) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative factors) ว่าเป็นกลไกที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่ามีองค์ประกอบที่ช่วยให้ความรู้สึกรักษาเกิดขึ้นจากการทำกลุ่มแบ่งเป็น 11 ปัจจัย ที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปมีพฤติกรรม ความคิด และความรู้สึกที่เหมาะสมจนทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ดังนี้

1) การรู้สึกเกื้อกูล (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกเห็นคุณค่าของตนเองและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้ ซึ่งส่งผลให้สมาชิกมีภาวะซึมเศร้าลดลง (เชาวนิ ล่องชูผล, 2547)

2) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มนี้ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นการที่สมาชิกรู้สึกว่าเป็นพวกเรา รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม มีความหมายต่อกลุ่ม การผูกพันจิตใจต่อกัน การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะมีความหมายต่อกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป ส่งผลต่อการรับรู้ที่ตนเองไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ก่อให้เกิดการมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (อัจจาวรรณ แก่นอินทร์, 2548)

3) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกับเขา ก่อให้เกิดการยอมรับจากกลุ่ม ส่งผลให้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าได้ (เชาวนิ ล่องชูผล, 2547)

4) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้

สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองได้พูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และ การสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิก ได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองได้ดีขึ้น ช่วยให้ ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นมีความเชื่อถือว่าไว้วางใจบุคคลอื่น สมาชิกจะรู้สึกว่าได้ รับ การยอมรับ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

5) การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการ แลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ ถูกต้องเป็นความจริงและกระชับ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการ กระทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม การที่สมาชิกได้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ ต่อกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในตนเอง ความซึมเศร้าที่มีอยู่ก็จะลดลง ได้ (กาญจนา พึ่งไพศาล, 2539)

6) การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ระบายออกทั้งสิ่ง ที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพัน ทางจิตใจสูง สมาชิกได้มีการพูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การระบายออกนี้จะช่วย ให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิตส่งผลให้มีพัฒนาการด้าน จิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้ สมาชิกได้รับรู้ว่ามิเพื่อนที่คอย รับฟังปัญหา ก่อให้เกิดความภูมิใจในตนเอง เป็นการลดภาวะซึมเศร้าได้ (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ, 2541)

7) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มี โอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกซึ่ง นำมาประยุกต์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถเป็น แบบอย่างให้กับคนอื่นได้ ทำให้สมาชิกจึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้า ลดลงตามลำดับ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

8) ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้น คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้ สมาชิกในกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็น ปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไข พฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

9) การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ ทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้

กับสังคมภายนอกต่อไป เช่น มีการยิ้ม การทักทาย พุดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกรู้ว่าตนเองมีคุณค่าได้รับการยอมรับจากสังคม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์, 2542)

10) การรู้สึกมีความหวัง (Installation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หหมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น เพราะว่า ความหวังจะทำให้สมาชิกมีพลังใจให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่หวัง มีความเข้มแข็ง ทำให้สมาชิกรับรู้ว่าคุณค่ามีคุณค่า ภาวะซึมเศร้าก็จะลดลงตามมา (Raleigh, 1980 อ้างในอัจฉราวรรณ แก่นอินทร์, 2548)

11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจาก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกลดน้อยลง เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลง หรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็สูงเพิ่มขึ้นจากสามารถเผชิญปัญหา ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา (เชาวนี ล่องชูผล, 2547)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษา จึงได้เลือกใช้จิตบำบัดระดับประคองในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียน เนื่องจากว่าจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มได้ผลดีในการรักษา สามารถที่จะลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ มีเป้าหมายในการแก้ปัญหาคความทุกข์ใจ เป็นกลไกที่ช่วยให้วัยรุ่นมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น อันจะทำให้การนำไปสู่การมีความสุขในชีวิต ซึ่งผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ซึ่งผลการศึกษาจะทำให้เป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

Yalom (1995) ได้แบ่งปัจจัยการบำบัดตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย

- 1) ความรู้สึกความผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness)
- 2) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality)
- 3) ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hopes)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) การได้ระบายออก (Catharsis)
- 2) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพบุคคล (Interpersonal learning)
- 3) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques)
- 4) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism)

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จะเกิดการเห็นความจริงของชีวิต (Existential factors)

4.2.2 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (Group

Therapist) คือบุคลากรในทีมสุขภาพได้แก่จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุดคือพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งคุณสมบัติผู้บำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และมีการฝึกหัดจากโรงเรียนวิชาชีพหรือสถาบันที่หลักสูตรได้บรรจุเรื่องกลุ่มบำบัดไว้ที่มีการเรียนการสอนในชั้นเรียน และมีการฝึกปฏิบัติ การสอนภาคปฏิบัติจะต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่มและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด ยาลอม (Yalom,1995) เสนอว่าผู้บำบัดกลุ่มควรมีประสบการณ์ในการฝึกฝนการทำกลุ่มมาก่อน โดยการฝึกฝนต้องเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มบำบัด เช่น เป็นผู้สังเกตการณ์ และต้องมีความรู้ทางทฤษฎีมาก่อน ผู้บำบัดต้องมีประสบการณ์บำบัดในคลินิกในการจัดการกับกลุ่ม และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้นเปิดกลุ่มจนถึงปิดกลุ่มได้โดยเริ่มฝึกจากกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมาก่อน โดยต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและมีผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดกลุ่มเป็นผู้นิเทศอย่างใกล้ชิด

4.2.3 หน้าที่หลักและเทคนิคของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นองค์ประกอบสำคัญขององค์ประกอบหนึ่ง ในการที่จะดำเนินกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งยาลอม (Yalom,1995) ได้กล่าวถึงหน้าที่หลักและเทคนิคสำคัญของผู้นำกลุ่มไว้ 3 เรื่อง ดังนี้

1) การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) มีงานย่อย ๆ ที่ผู้บำบัดจะต้องดำเนินการคือ

ก. คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้บำบัดจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจตั้งใจและเต็มใจในการบำบัด คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระยะนี้ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ

ข. รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้ สมาชิกพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขต และเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ร่วมกัน ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มยังไม่รู้จักกัน ผู้บำบัดต้องทำหน้าที่สื่อสารในกลุ่ม แนะนำสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกันพร้อมทั้งเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม

ค. กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างกำลังใจให้แก่กัน สมาชิกมีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี เมื่อสมาชิกพูดคุยแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะจะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

2) การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building) โดยมีบทบาทดังนี้

ก. บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่รอบรู้และเข้าใจเทคนิคการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและนำกลุ่ม ในช่วงแรกๆ ให้สมาชิกร่วมกันกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิกร่วมทำ ความตกลงกัน และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการทำข้อตกลงร่วมกัน

ข. บทบาทในฐานะเป็นตัวแทนในการมีปฏิสัมพันธ์ ผู้บำบัดจะเป็นตัวแบบในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเลียนแบบจากความใกล้ชิด และเชื่อถือไว้วางใจ ผู้บำบัดแสดงบทบาทของการเปิดเผยตัวเองภายในกลุ่ม ขอมรับฟังสมาชิกคนอื่นๆ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็นให้ความช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อแสดงความเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้เลียนแบบ

3) ให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสกลุ่มขณะนั้น (activation and process illumination) ในการทำกลุ่ม ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่เกิดขึ้นขณะนั้น ใช้แนวคิด “ที่นี่เดี๋ยวนี้” (here and now) โดยไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เน้นให้สมาชิกได้แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อตนเอง และบุคคลอื่นขณะที่อยู่ในกลุ่มมากกว่า เพื่อให้สมาชิกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น ได้แก่ วิธีการดังนี้

ก. ดึงดูดความรู้สึกของสมาชิกในกลุ่มให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มในขณะนั้น ให้ขึ้นมาประจักษ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ทำจิตใจให้แน่วแน่อยู่ในกลุ่มในเหตุการณ์ “ที่นี่เดี๋ยวนี้” (here and now) สมาชิกจะมีการพุดจาปฏิสัมพันธ์กัน ให้ข้อคิดเห็นข้อวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการการแก้ปัญหาที่มีการเปิดเผยตัวเองต่อกันมีการเอื้ออำนวยกลุ่มในการดำเนินต่อไปโดยคำนึงความมีส่วนร่วมของสมาชิกแต่ละคนและผู้นำกลุ่ม

ข. นำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้เรียนรู้อะไรบ้างจากเหตุการณ์และปัญหานั้นมีความตระหนักรู้ในเหตุการณ์ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และสะท้อนกลับมาที่ตัวเองได้อย่างไร มีผลอะไร ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่ง “ยาลอม” เรียกสิ่งนี้ว่า “ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง” (Self reflecting loop)

บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้บำบัดนั้น ต้องหมั่นพาคเพื่อหาความรู้เพิ่มเติม โดยการฝึกอบรมการฟังคำบรรยาย การอ่านตำรา หรือจากอาจารย์ผู้ควบคุม แนะนำ ต้องรู้จักทฤษฎีในขั้นพื้นฐาน และรู้เทคนิคในการดำเนินการ เช่น วิธีการฟัง การเข้าใจผู้ป่วยและการตอบสนองต่อผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นนักจิตบำบัดที่ดี กล่าวคือ มีจิตใจที่สมประกอบ ไม่มีปัญหาทางจิตที่เป็นผลเสียในการทำกลุ่มบำบัด มีจิตใจสงบ มีความกังวลน้อย รู้จักรักผู้อื่นและยอมให้ผู้อื่นรัก มีความน่าเชื่อถือ เป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ ขอมรับผู้อื่นไม่ประเมินค่าของคนซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมานั้น มีผลโดยตรงต่อการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง ให้บรรลุตามเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (สมพร บุษราทิจ . ศุภโชค สิงห์กันต์ . และสนทรรศ บุษราทิจ, 2544)

4.2.4 พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น

3 ระยะ คือ

1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ระยะเวลาเป็นการสื่อสารเชิงสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกาหน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จัก คำนึงถึงกัน ไว้วางใจกัน รู้สึกผูกพัน เข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

2) ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว(Cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน และตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องสังเกต และตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจ และแก้ไขปัญหาลงมือเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่มเข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3) ระยะเวลายุติกลุ่ม (terminal phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มตามเป้าหมาย ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันความสามัคคีในกลุ่ม สมาชิกแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจกลุ่มผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มแจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุวัตถุประสงค์ และตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางดำเนินชีวิตหลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่ม ให้โอกาสสมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็นคือ ความผูกพันเป็นหนึ่งเดียวกันในระดับพอดีกับความรู้สึกที่ผูกพันลึกซึ่งมากเกินไป แล้วชี้แจง ให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวล ต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่มดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุวัตถุประสงค์ ให้สมาชิกหาแนวทาง ในการกลับไปดำเนินชีวิตต่อเนื่อง กลุ่มสิ้นสุดตามความเหมาะสม ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มครั้งต่อไป

4.2.5 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
- 2) มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น

3) มีความสามารถแยกบทบาทของตนเองและผู้อื่นได้

ซึ่ง Yalom (1995) ได้แนะนำว่า การที่สมาชิกจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือทำให้กลุ่มสับสนตลอดเวลาขึ้นอยู่กับ

ก. ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเองเช่นสนใจเต็มใจ ให้ความร่วมมือ ในขณะที่ทำกลุ่ม

ข. สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้าทำกลุ่ม เช่น แจ้งให้ทราบ วัน เวลา สถานที่ วัตถุประสงค์ของการที่ต้องเข้าร่วมกลุ่ม

4.2.6 ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่มโดยทั่วไป ระยะเวลาของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มแต่ละครั้งควรใช้เวลา 60-90 นาที ซึ่ง Yalom (1995) แนะนำว่า ควรจัดกลุ่มให้มากที่สุดเพื่อให้สมาชิกได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้กลุ่มมีความมั่นคงยิ่งขึ้นสำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม

4.2.7 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มในการทำกลุ่มบำบัดจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญสมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไปเพราะจะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 6-10 คนสมาชิกกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง แล้วถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไป จะไปทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ฉะนั้นควรมีการจำกัดจำนวนสมาชิกกลุ่มไว้ไม่เกิน 10 คน

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า กลุ่มบำบัดประคับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom (1995) เป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจโดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันแสดงความรู้สึกความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น มีผู้นำกลุ่มได้รับการฝึกฝนทักษะประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ซึ่งเน้นหน้าที่และเทคนิคของผู้บำบัด 3 ลักษณะ คือ การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น ดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการ 3 ระยะ คือ

1) ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม

2) ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม

3) ระยะยุติกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาทีการมีปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเผชิญกำลังกันซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยให้ผู้ป่วยมี การเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งในการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มนั้นมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนคือเพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจโดยเปิด

โอกาสให้ผู้บำบัดซึ่งเหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง เช่นในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

5. การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ สมาธิลดลง เรียนไม่รู้เรื่อง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ละเลยการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เบื่อชีวิต มีความคิดอยากตายซึ่งลักษณะของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (วรางคณา จำปาเงิน, 2547) จะส่งผลต่อการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (Altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้ การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะมีความหมายต่อกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองได้พูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองได้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นมีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ถูกต้องเป็นความจริงและกระชับ การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้ระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์สิ่งทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกได้มีการพูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้ การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกซึ่งนำมาประยุกต์ทำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ ที่สามารถเป็นแบบอย่างให้กับคนอื่นได้ ทำให้สมาชิกจึงเกิดความรู้สึกว่าคุณค่า ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้น คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตน

และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป ส่งเสริมให้สมาชิกรู้ว่าตนเองมีคุณค่าได้รับการยอมรับจากสังคม การรู้สึกมีความหวัง (Installation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจาก ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเองซึ่งทั้งหมดของปัจจัยบำบัดของกลุ่มบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มที่สามารถส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2538) ได้ศึกษาความชุก ลักษณะของอาการซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยใช้เครื่องมือ CDI และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นเท่ากับ 49.8 % และ มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 22.5 นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า เลือกตอบคำถามเกี่ยวกับความนึกคิดมากกว่า คำตอบที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าต่างๆ ผลการเรียนของนักเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวและปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนที่มีการศึกษาของบิดามารดาต่างกัน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวต่างกันและบรรยากาศในครอบครัวต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุมาพร ตรีภคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ไขว้ตัวอย่างจำนวน 1,264 ราย อายุ 10-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 14 ปี อัตราส่วนเพศหญิงและเพศชายเท่ากับ 1 ต่อ 1.2 โดยใช้เครื่องมือ CDI พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8 (คะแนน CDI > 15) และร้อยละ 13.3 ปัจจัยที่พบว่าเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า คือ ผลการเรียนต่ำกว่าภาวะครอบครัวที่แตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา การที่บิดามารดาหรือผู้ที่เลี้ยงดูมีการศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สภาพครอบครัวไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ (2541) ศึกษาการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง จำนวน 164 ราย ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในการทำกลุ่มแต่ละครั้งที่พบบ่อยที่สุดคือ การได้ระบายออก การมีความเป็นสากล การได้รับการชี้แนะแนวทาง และการผูกพันจิตใจต่อกัน ซึ่งเกิดผลดีต่อการรักษา และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

อรพรรณ เมฆสุภะ (2542) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้น ม. 1 - ม. 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,836 คน โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลจากทางโรงเรียน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทย ผลวิจัยพบว่า เด็กนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (CDI เท่ากับ 15 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 40.74 และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (CDI เท่ากับ 21 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 15.63 นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ เพศหญิง ผลการเรียนต่ำกว่าเกรดเฉลี่ย การขาดเรียน ปัญหาความประพฤติที่โรงเรียน นักเรียนไม่ปรึกษาผู้อื่นเมื่อมีปัญหา ปัญหาด้านบิดา มารดา ได้แก่ สถานภาพสมรสที่ย่ำแย่หรือแยกกันอยู่ รายได้ต่ำ สุขภาพไม่ดี บิดา มารดารักลูกไม่เท่ากัน และบรรยากาศในบ้านที่ไม่เป็นสุข

ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) ศึกษาการใช้จิตบำบัดต่อสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดยาแอมเฟตามีน พบว่าผู้ติดยาแอมเฟตามีนภายหลังได้รับจิตบำบัดกลุ่มมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับจิตบำบัด กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เชาวณี ล่องชูผล (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองหลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองมีภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรางคณา จำปาเงิน (2547) ศึกษาผลการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าที่มีปัญหาพฤติกรรมพบว่า การใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีผลทำให้คะแนน

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมก่อนการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม และหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

Flemming และคณะ (1991) ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ศึกษาในชุมชน จำนวน 14 รายงาน ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ได้รับข้อมูลจากเด็ก ผู้ปกครองและครูผลการศึกษาพบลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depression disorder) มีไม่มาก (น้อยกว่าร้อยละ 3)
2. มีสองการศึกษาพบว่าเด็กรายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครอง
3. ครุ่นซ้ำว่า เด็กมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครองและพบว่ามีความเห็นพ้องระหว่างเด็ก

กับผู้ปกครอง เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย การศึกษาในวัยรุ่นพบสิ่งที่สำคัญ 3 ประการ คือ ความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 0.4 – 6.4 ซึ่งมีมากกว่าเด็ก (อายุ 6 – 11 ปี) วัยรุ่นระบุถึงโรคซึมเศร้าของตนเองมากกว่าที่ผู้ปกครองระบุและความชุกของโรคซึมเศร้าค่อนข้างสูง ถ้าใช้แบบสอบถามที่ตอบคำถามด้วยตนเอง

Badger (1996) พบว่า การได้รับกลุ่มบำบัดประคับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

Muller and Barash (1998) ได้ศึกษาการทำกลุ่มประคับประคองในสมาชิกจากการต้องเสี่ยงต่อการสู้เพื่อความอยู่รอด ผลของการทำกลุ่มประคับประคองโดยใช้ Horowitz's Model พบว่าผู้ป่วยลดความซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.008$)

Robert และคณะ (1998) ศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยการทบทวนเอกสาร 52 งานวิจัยใน 40 ปีที่ผ่านมาเพื่อที่จะหาขนาดของความชุกโดยรวมของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ส่วนใหญ่มีตั้งแต่ 58 – 8,462 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 500 – 1,000 คน โดยมีการศึกษาในเรื่องนี้กว่า 20 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุตั้งแต่ 1 - 18 ปี เกณฑ์การวินิจฉัยที่พบคือ Rutter 's criteria และ DSM criteria ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการศึกษาความชุกใน 6 เดือน – 1 ปี พบความชุกโดยรวมของปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ร้อยละ 1-51 (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 15.8) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยความชุกในขั้นตอนเดียวกัน ร้อยละ 15 และแบบ 2 ขั้นตอน ร้อยละ 17.5 เด็กก่อนวัยเรียนพบความชุก ร้อยละ 10 (1.4 – 30.7) ก่อนกลุ่มวัยรุ่นพบ ร้อยละ 16.5 (6.2 – 41.3) และ พบร้อยละ 21.9 (7.4 – 50.6) ในช่วงอายุกว้างๆ

Rushon และคณะ (2002) ศึกษาระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการศึกษาระยะยาวในวัยรุ่น 13,568 คน โดยการสำรวจครั้งแรกในปี 1995 และติดตามอีก 1 ครั้งในปี 1996 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES - D) ผลของการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ความรุนแรง (CES - D \geq 24) ร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้าในเด็กโตมากกว่าและมีส่วนน้อยที่พบภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในการติดตามพบว่ามีเพียงร้อยละ 3 ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในเกณฑ์ปกติ ได้พัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าปานกลาง และรุนแรง ปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่คือเพศหญิง สุขภาพไม่ดี ถูกพักการเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี

กรอบแนวคิด

การใช้กลุ่มบำบัดระดับประตอง

ศึกษาตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ระยะเวลาเริ่มกลุ่มเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกผ่อนคลาย แนะนำตัวระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและสมาชิกด้วยกันเองบอกวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินกลุ่มสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที

2. ระยะเวลาทำงานร่วมกันเป็นการให้สมาชิกระบายความรู้สึกและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มองเห็นคุณค่าของกันและกัน

ดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีรายละเอียด ดังนี้

- ประสพการณ์สมาชิกกลุ่มในเรื่องภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- ประสพการณ์สมาชิกกลุ่มในเรื่องภาวะซึมเศร้ากับการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหา
- ประสพการณ์สมาชิกกลุ่มในเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า
- ประสพการณ์สมาชิกกลุ่มในเรื่องการสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

3. ระยะเวลายุติกลุ่ม เป็นระยะที่สมาชิกแสดงความรู้สึกในการช่วยเหลือให้กำลังใจกันและกันและความประทับใจในการเข้ากลุ่มรวมทั้งมีการสร้างเป้าหมายและการวางแผนชีวิตในวัยรุ่นจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

ภาวะซึมเศร้า