

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นใน โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่น
  - 1.1 ลักษณะพฤติกรรมปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อย
  - 1.2 ลักษณะของเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต
  - 1.3 พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพของเด็กใน โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์
2. การเผชิญปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น
  - 2.1 ความหมายการเผชิญปัญหา
  - 2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา
  - 2.3 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น
  - 2.5 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
  - 2.6 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
  - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
  - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
  - 2.4 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
  - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
  - 2.6 การประเมินและการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
4. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง
  - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่น
  - 4.2 ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- 4.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.4 การใช้กระบวนการกลุ่มในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
5. กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

## 1. ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่น

ในปัจจุบันกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารแบบไร้พรมแดนก่อให้เกิดการหลั่งไหลแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมทั่วโลกส่งผลให้เด็กมีการรับรู้ ความคิดทัศนคติและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสังคมมากขึ้น เช่น ปัญหาเด็กบ้านแตกและห่างเหินครอบครัว อัตราส่วนการหย่าร้างต่อการจดทะเบียนสมรสสูงถึง 1: 5.73 วัยรุ่นไทยร้อยละ 40 ไม่เคยทำกิจกรรมกับพ่อแม่พี่น้องเลยในรอบ 1 เดือน (อมรวิเศษ นาคทรพรพ. ความรุนแรงในเด็กวัยรุ่น: ปัญหาสังคมไทยโดยสังคมไทย, 2546) ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยวิกฤติของชีวิต เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ สภาพทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์

### 1.1 ลักษณะพฤติกรรมปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อย

1.1.1 พฤติกรรมต่อต้านทำลาย (Disruptive behavior disorder) แสดงพฤติกรรมต่อต้าน ทำลายสังคม ทำลายผู้อื่น มี 2 ลักษณะ คือ

1) Conduct disorders เป็นพฤติกรรมที่เด็กพยายามแสดงออกด้วยการทำลายต่อต้านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนีโรงเรียน รักแค้นตัวเสียง ลักขโมย ปล้นจี้ และกลายเป็นอาชญากรในที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้มักเกิดซ้ำแล้วซ้ำเล่า ชอบทำสิ่งที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคม ก้าวร้าว รุนแรง ไม่มีคุณธรรม ทำร้ายผู้อื่น แม้กระทั่งบิดามารดาของตนเอง

#### ลักษณะพฤติกรรม

- ก. ชอบกระทำการที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น เช่น ลักขโมย วิ่งราว ชูกรรโชก ใช้อาวุธบังคับ
- ข. ชอบทำลายสิ่งของเสียหาย เช่น บำรุงรถ จนถึงวางเพลิง
- ค. พูดยด หนีออกจากบ้าน สูบยา สารระเหย และสารเสพติด
- ง. พฤติกรรมทางเพศเร็วกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน

- จ. หยาบกระด้าง ไม่รู้สึกถึงความรู้สึกที่ผิดของผู้อื่น  
สาเหตุ เกิดจาก
- ก. สภาวะครอบครัวยุติธรรม ไม่อบอุ่น จุณณะยากจน  
ข. มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท มององได้รับความ  
กระทบกระเทือน เช่น โรคลมชัก  
ค. มีปัญหาทางการเรียน สมาธิสั้น  
ง. มีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
- อาการทางจิต
- ก. ไม่ไว้วางใจผู้อื่น หวาดระแวง  
ข. หลงผิด  
ค. ซึมเศร้า หงุดหงิด  
ง. ก้าวร้าวรุนแรง

2) Oppositional defiant disorders เป็นพฤติกรรมที่เด็กพยายาม  
แสดงออกด้วยการปฏิเสธต่อต้าน ปฏิบัติในทางตรงกันข้าม

ลักษณะพฤติกรรม

- ก. พฤติกรรมปฏิเสธต่อต้าน ชอบทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่น  
ข. ชอบตำหนิข้อผิดพลาดของผู้อื่น  
ค. ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ โกรธง่าย  
ง. แสดงพฤติกรรมรุนแรงโดยปราศจากการคำนึงถึงสิทธิผู้อื่น  
จ. อารมณ์ดูร้าย ชอบสาบถสาบาน

1.1.2 พฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial behavior) มีลักษณะ  
พฤติกรรมต่อต้านทำลายสังคม ในลักษณะคล้ายพวก Conduct disorders และ  
Oppositional defiant disorders แต่ไม่ใช่เป็นความคิดผิดปกติของจิตใจ ถือเป็น  
ความบกพร่องของบุคลิกภาพ

สาเหตุของพฤติกรรมปัญหา จากการศึกษาพบปัจจัยเหตุดังนี้

- ก. ความผิดปกติทางชีววิทยา  
ข. แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์  
ค. ความผิดปกติของพัฒนาการทางสังคม  
ง. ความผิดปกติการปรับตัวทางการรู้คิด  
จ. ภาพลักษณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมไม่เหมาะสม

1.1.3 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พบได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5- 9 ปี พบมากในเด็กอายุ 15 - 19 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่พบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 3-4 : 1

พฤติกรรมที่พบ

- ก. มีพฤติกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัด
- ข. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงชัดเจน พฤติกรรมหงุดหงิด กระวนกระวาย
- ค. วิตกกังวล โกรธง่าย
- ง. มีอาการเจ็บป่วยทางกาย นอนไม่หลับ
- จ. มีอาการเศร้า หดห้วง ไม่มีคุณค่า
- ฉ. มีอาการผิดปกติทางจิต

ซ. พูดและแสดงให้รู้เป็นนัยๆ เช่น ฉันจะสบายแล้ว คิดทางออกได้แล้ว แสดงให้รู้ว่าพรุ่งนี้ก็หมดปัญหาแล้ว

ช. มีพฤติกรรม และสถานการณ์สนับสนุน

สาเหตุ

- ก. ในครอบครัวมีการสื่อสารกันไม่ดี
  - ข. ความเศร้าจากการตายของบิดา มารดา
  - ค. เด็กถูกละเลย
  - ง. มีความยุ่งยากในครอบครัวเกิดขึ้น
  - จ. เกิดสภาพปัญหาในบ้านที่ไม่สามารถแก้ไขได้
- การช่วยเหลือ
- ก. ประเมินสภาพปัญหา และครอบครัว
  - ข. ทำครอบครัวบำบัด
  - ค. สังเกตพฤติกรรม เฝ้าระวัง ช่วยเหลือ อย่าพยายามให้อยู่คนเดียว
  - ง. จัดกระบวนการให้คำปรึกษา สร้างเป้าหมายในชีวิต
  - จ. จัดสถาบัน องค์กรในชุมชน ให้ความช่วยเหลือ แนะนำปรึกษา
  - ฉ. ป้องกันภาวะวิกฤติทางจิต

1.1.4 ภาวะเศร้าในเด็กและวัยรุ่น (Depressed in Children and Adolescence) ใ้ใจกันเป็นที่ยอมรับกันว่า อารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งในเด็กและวัยรุ่น ในสหรัฐอเมริกาพบประมาณ 15 % ในคลินิกจิตเวช และพบในวัยรุ่นหญิง

มากกว่าวัยรุ่นชายถึง 2 เท่า ภาวะเศร้านี้จะกลายเป็นความเศร้าเรื้อรังในผู้ใหญ่และมีผลกระทบต่อถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่อง

#### ปรากฏการณ์ที่พบ

ทฤษฎี Psychoanalysis พบว่าความเศร้าก่อตัวจากความรู้สึกผิด (guilty) ความไม่ตระหนักในคุณค่าและอุดมคติแห่งตน ความต้องการพัฒนา superego ที่สูงเกินไป และไม่สามารถกระทำได้

ทฤษฎี Marked depression เป็นปัญหาในเด็กที่แสดงพยาธิสภาพ โดยแสดงออกในลักษณะ

- ก. เจ้าอารมณ์ (Temper tantrum)
- ข. มีพฤติกรรมมากเกินไป (Hyperactive)
- ค. พฤติกรรมไม่ร่วมมือ (Noncompliance)
- ง. บ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic complain)

ทฤษฎี Depressed symptom กล่าวว่า อาการเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นบางช่วงในวัยเด็ก เป็นพัฒนาการที่พบได้บ่อยๆ และจะค่อยๆ หายไปเองในเวลาต่อมา

#### ลักษณะอาการ

เริ่มจากการเผชิญกับสภาวะสูญเสีย ปรับตัวไม่ได้ มีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า

ก. มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเดิน อาเจียน หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น

- ข. ปฏิเสธภาพลักษณ์ของตน
- ค. รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำลง
- ง. รู้สึกว่าไม่มีทางช่วยเหลือใดๆ ได้
- จ. มีความรู้สึกหวาดกลัว
- ฉ. อารมณ์โกรธ ก้าวร้าวรุนแรง
- ช. เศร้ามาก และทำร้ายตนเอง

#### การช่วยเหลือ

- ก. ให้การยอมรับ
- ข. ไม่ตัดสินพฤติกรรมล่วงหน้า
- ค. สนับสนุนให้กำลังใจ เมื่อประสบความสำเร็จ
- ง. ใช้หลักการพฤติกรรมบำบัดและจิตบำบัด

จ. ให้ความหวัง เสนอทางเลือกที่เหมาะสม

ฉ. เสนอแนะกิจกรรมในทางสร้างสรรค์

สรุปได้ว่าลักษณะพฤติกรรมปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยได้แก่ พฤติกรรมต่อต้านทำลาย พฤติกรรมต่อต้านสังคม พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นทั้งสิ้น

## 1.2 ลักษณะของเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

วีระ ไชยศรีสุข(2533: 59) กล่าวถึงลักษณะของนักเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตไว้ดังนี้

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลงมากทั้งๆ ที่เคยเป็นเด็กที่มีความตั้งใจเรียนมาก่อน
2. ขาดโรงเรียนบ่อย หรือมาสายเป็นประจำโดยมีข้ออ้างไม่สมเหตุผล
3. แสดงอาการเบื่อหน่ายในโรงเรียน เช่น ไม่แสดงความสนใจ ในขณะที่ครู

กำลังสอนหรือนั่งเหม่อลอย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547 ง: 32-33) กล่าวถึงสภาพปัญหาของเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มมือการดำเนินงานสุขภาพจิต ดังนี้

- 1) ปัญหาที่เกี่ยวกับการศึกษาเล่าเรียน
  - 1.1) ไม่ไปโรงเรียน / หนีเรียน
  - 1.2) ไม่สนใจเรียน / แกล้งเพื่อน
  - 1.3) เรียนซ้ำไม่ทันเพื่อน
- 2) ปัญหาสุขภาพเสพติด
  - 2.1) เสพเอง (ยา, บุหรี่, สารระเหย)
  - 2.2) ถูกหลอกให้ค้า
- 3) ถูกละเมิดทางเพศ
- 4) ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว / อารมณ์ / พฤติกรรม / เด็กถูกทิ้ง
  - 4.1) ครอบครัวแตกแยก
  - 4.2) บุคคลอันเป็นที่รัก / ที่พึ่งเสียชีวิต
  - 4.3) พ่อแม่ทำงานต่างจังหวัด
  - 4.4) มีสมาชิกในครอบครัวมาก
  - 4.5) ขาดความอบอุ่น
  - 4.6) มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือซึมเศร้า
  - 4.7) การสื่อสารในครอบครัว

- 5) การตั้งครกที่ไม่พึงประสงค์
- 6) ปัญหาทางจิต / เด็กด้อยโอกาส
  - 6.1) ปัญญาอ่อน
  - 6.2) พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง
  - 6.3) พิกการ
  - 6.4) Epilepsy

สรุปได้ว่า เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ เด็กที่ไม่มีความสุข อันเนื่องมาจากปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาด้านการเรียนและความประพฤตินี้อารมณ์ไม่มั่นคง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อน และสิ่งแวดล้อมได้ มีความกลัวและวิตกกังวล

1.3 พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพของเด็กใน โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ซึ่งได้จากการสรุปและเรียบเรียงในการแบ่งกลุ่มปฏิบัติการระดมความเห็นในหัวข้อ พฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก ในสถานศึกษา ในการประชุมครูที่ทำหน้าที่สังคมสงเคราะห์ประจำโรงเรียนสามารถจำแนก พฤติกรรมเสี่ยงเป็นด้านต่าง ๆ 7 ด้านคือ

- 1) พฤติกรรมด้านอภายมุข เช่น ใช้สารเสพติด เสพสุราสิ่งมีนเมา เล่นการพนัน ดัดเกมส์
- 2) พฤติกรรมด้านความก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง เช่น การทะเลาะวิวาท ขาดสติในการควบคุมตนเอง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายทรัพย์สินส่วนรวม พุดจาไม่สุภาพ ทำตัวเป็นผู้มีอิทธิพล พฤติกรรมต่อต้าน และทารุณสัตว์
- 3) พฤติกรรมลักขโมย
- 4) พฤติกรรมทางเพศ เช่น มีเพศสัมพันธ์ ชู้สาว เสพสื่อลามก อนาจาร ถ้ามอง
- 5) พฤติกรรมด้านภาวะซึมเศร้า เช่น ชอบอยู่ตามลำพัง เก็บตัว ไม่ชอบร่วมกิจกรรม
- 6) พฤติกรรมด้านการเรียน เช่น ไม่เข้าเรียน หนีเรียน หนีออกจากโรงเรียน หนีกลับบ้าน เข้าออกห้องน้ำบ่อย เนื้อหา ขาดความรับผิดชอบไม่ให้ความสำคัญในการเรียน
- 7) พฤติกรรมด้านค่านิยม เช่น เลียนแบบดารา ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ใช้โทรศัพท์มือถือ เจาะ สักลายตามอวัยวะต่าง ๆ แต่งกายล่อแหลม แต่งกายผิดระเบียบ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ.2540 กล่าวว่า กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต คือกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ เด็ก และเยาวชน และเด็กด้อยโอกาสยังเป็นส่วนดก้างของการพัฒนาประเทศไปสู่ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ กระบวนการที่ก่อให้เกิดสภาพเด็กด้อยโอกาสเป็นขบวนการลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบอย่างล้นเมื่อง

ตลอดเวลา คนยากจนในสังคมมีส่วนแบ่งของรายได้ น้อยมากและถูกบังคับให้ต้องทุ่มเทเวลาที่มีอยู่ทั้งหมด เพื่อการเพิ่มรายได้ของครอบครัว ส่งผลให้ต้องตกอยู่ในภาวะด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเรื้อรัง และถูกบีบคั้นจากสังคมรอบด้าน อันเป็นสาเหตุหลักของความเครียดในชีวิต และการเก็บกด ซึ่งนำไปสู่การพัวพันกับแหล่งอบายมุขและความรุนแรงต่อครอบครัว เด็กจึงอยู่ในสภาพด้อยโอกาสต่อจากพ่อแม่ผู้ปกครอง นอกจากนี้ได้ตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมและเป็นภัยต่อการพัฒนาร่างกาย จิตใจและสังคมแล้วยังเป็นผู้รองรับการกระทำจากผู้ใหญ่ในสังคมในลักษณะเป็นผู้ถูกกดขี่ข่มเหงเอาเปรียบ และการทารุณกรรมต่างๆ วัฏจักรลักษณะนี้ได้บังคับให้เด็กกลายมาเป็นเด็กด้อยโอกาสมากยิ่งขึ้น (หลักการและแนวทางการจัดการศึกษาให้แก่เด็กด้อยโอกาสในเขตพื้นที่การศึกษา, 2546)

โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ เป็น 1 ใน 23 โรงเรียน ที่กระทรวงศึกษาธิการประกาศจัดตั้ง โดยตั้งขึ้น เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2518 ปัจจุบัน เป็นสถานศึกษาของรัฐที่มีหน้าที่จัดการศึกษาให้กับเด็กขาดโอกาสทางการศึกษาในรูปแบบลักษณะต่าง ๆ ตามสภาพของเด็ก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลและความเสมอภาคทางการศึกษา รัฐบาลได้นำเด็กเหล่านี้มาเลี้ยงดูให้อุปการะทุกอย่าง โดยไม่คิดค่าตอบแทนใด ๆ และไม่มีข้อผูกพันทุกรูปแบบ เปิดทำการสอนระดับชั้นประถมศึกษา ถึงระดับมัธยมศึกษา โดยในปีการศึกษา 2550 มีนักเรียนทั้งหมด 740 คน แยกเป็นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3,4,5 และ 6 จำนวน 100,60,40 และ 60 คน ตามลำดับ รูปแบบการจัดการเป็นโรงเรียนประจำกินนอน คุณสมบัติของนักเรียนต้องเป็นเด็กด้อยโอกาส 10 ประเภท ซึ่งหมายถึงเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาและอุปสรรคต่อการได้รับบริการทางการศึกษาที่เกิดจากความเสียเปรียบ เนื่องจากความแตกต่าง ในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ได้แก่ เด็กที่ถูกบังคับให้ขายแรงงานหรือแรงงานเด็ก เด็กเร่ร่อน เด็กที่อยู่ในธุรกิจทางเพศหรือโสเภณีเด็ก เด็กที่ถูกทอดทิ้งหรือเด็กกำพร้า เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) เด็กในชนกลุ่มน้อย เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์หรือโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ เด็กในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน (แนวทางการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสให้เข้าในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เพชรบุรี, 2548) นับว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

การดำรงชีวิตประจำวันของวัยรุ่นกลุ่มนี้ต้องอยู่ภายใต้ระเบียบกฎเกณฑ์ซึ่งแตกต่างจากวัยรุ่นที่อยู่กับพ่อแม่โดยสิ้นเชิงดังนี้ 05.00น. ตื่นนอนทำธุระส่วนตัว 05.10น.ครูหอพักสำรวจความเรียบร้อย 05.20น. ฝึกกายบริหาร 06.00น. พัฒนาหอพักและโรงเรียน 06.40น. นักเรียนอาบน้ำแต่งตัว 07.00 น. ครูหอพักสำรวจ อบรมนักเรียน 07.15น. รับประทานอาหารเช้า 07.50น. เข้าแถวเคารพธงชาติก่อนเข้าเรียน 08.20น. โสมรุม 08.30น. เข้าเรียนภาคเช้า 11.30น. พัก รับประทานอาหารกลางวัน 12.30น. เข้าเรียนภาคบ่าย 15.30น. เด็กเรียนกลับหอพักและโรงเรียน



16.00น. พัฒนาหอพักและโรงเรียน 16.40น. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย 17.00น. ครูหอพักสำรวจและอบรมนักเรียน 17.15น. รับประทานอาหารเย็น 18.00น. เชิญครูลง ครูเวรสำรวจนักเรียน 19.00น. ครูหอพักสำรวจและอบรมนักเรียน 20.00น. สวดมนต์แผ่เมตตา นั่งสมาธิ 20.30น. ครูข่าวสาร ทำการบ้าน 22.30น. ปิดไฟ เข้านอน โดยเด็กจะได้รับการดูแลจากครู พบว่าความต้องการของเด็ก คือ ความรักความอบอุ่น ความเข้าใจ และความใกล้ชิด ซึ่งจากการที่เด็กขาดความรักและความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอ และขาดความผูกพันกับบิดาและมารดา รวมถึงการที่ต้องถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เด็กตกอยู่ในภาวะเครียดเรื้อรัง ทั้งนี้บุคคลที่ถูกละทิ้ง จะเกิดปัญหาด้านการกิน การเจริญเติบโต และปัญหาด้านอารมณ์ที่รุนแรง ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย บกพร่องในการตัดสินใจ ก่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในวัยรุ่น และในปัจจุบันกำลังได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น (สมภพ เวียงตระกูล, 2543)

เนื่องจากวัยรุ่นในกลุ่มดังกล่าวจากการทบทวนปัญหาพบว่าในปี 2548 และ 2549 พบเด็กพยายามฆ่าตัวตาย 1 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.138 และ 0.272 และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ศึกษาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2549 โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI: Children's Depress Inventory) ในนักเรียนอายุ 15 – 18 ปี จำนวน 169 คน พบภาวะซึมเศร้า 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.69 คะแนน ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541; Chaput et al., 1998 ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางซึ่งถือว่าเป็นระยะวิกฤตในการพัฒนาทักษะในการคิด การตัดสินใจ (Mann, Hammoni, & Power อ้างใน สุปรียา ต้นสกุล และ เฉลิมพล ต้นสกุล, 2539) ดังการศึกษาของอุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ซึ่งศึกษาจิตพยาธิสภาพของเยาวชนที่มีพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ จังหวัดอ่างทอง อายุระหว่าง 13-20 ปี จำนวน 257 ราย พบว่าอายุที่เริ่มมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นความแปรปรวนของภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม จำเป็นต้องมีการป้องกันและช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อพัฒนาการ ชีวิต และอนาคตของเยาวชนไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาว มีโรคทางกายหรือจิตเวชซ้ำเติม

เด็กทุกคนจะได้รับการช่วยเหลือโดยจัดที่พักให้อยู่ประจำ จัดเลี้ยงอาหาร 3 มื้อ มีเครื่องแต่งกายนักเรียนประจำให้ มีวัสดุเครื่องใช้ส่วนตัวนักเรียนประจำและอุปกรณ์การเรียนให้

จัดกิจกรรมการเรียนการสอนและการเรียนรู้เช่นเดียวกับสถานศึกษาปกติทั่วไป แต่จะส่งเสริมการเรียนรู้ด้านวิชาชีพเพื่อให้เด็กมีความรู้พื้นฐานวิชาชีพเมื่อจบหลักสูตรไปแล้วสามารถไปประกอบอาชีพ มีงานทำ มีรายได้ พึ่งตนเองได้ (แนวทางการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสให้เข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์, 2548)

## 2. การเผชิญปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น

### 2.1 ความหมายการเผชิญปัญหา มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Garland and Bush (1982) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามระงับบรรเทา หรือการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามที่อาจประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยก็ได้

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึงความพยายามทางสติปัญญา (Cognitive) และ พฤติกรรม (Behavior) ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการหรือแก้ไข ปัญหา หรือสิ่งกระตุ้นที่คุกคามเป็นอันตรายจากภายนอกและภายในอย่างเฉาะเจาะจง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานั้นถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างมากในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

Bruner (1966, cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การแก้ไข ปัญหาเผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของการทำงานของร่างกาย

Lipowski (1970, cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่ผู้ป่วยใช้ความคิด และการกระทำเพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะครอบคลุมถึงการฟื้นฟูการทำงานที่ผิดปกติ และเป็นการชดเชยการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูญเสียไปและไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือการจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการ กับภาวะที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นอันตราย ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรม ที่พยายามระงับบรรเทาหรือจัดการภาวะหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้น เพื่อให้ปัญหาเหล่านั้นคลี่คลายลงเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลย์ของร่างกายและจิตใจ

2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or stressor) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการเผชิญปัญหา (Coping) เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or Stressor) เป็นสิ่งที่มากระตุ้นหรือมาคุกคาม ทำให้ความต้องการไม่เป็นดังที่คาดหวัง บุคคลจะพยายามใช้ความสามารถในการชนะสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อควบคุมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า นั้นแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

- 1.1) สิ่งเร้าที่รุนแรง หมายถึงสถานการณ์ หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือ รุนแรง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย การได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น
- 1.2) ผลของสถานการณ์ความเครียดต่างๆ เช่นการสูญเสีย การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เช่น การเปลี่ยนงาน การแต่งงาน หรือการหย่าร้าง เป็นต้น
- 1.3) สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความกดดันของบทบาท หน้าที่ เป็นต้น

2) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) การประเมินสถานการณ์นี้เป็นการประเมินทางสติปัญญา (Cognitive Appraisal) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ โดยการประเมินสถานการณ์ นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองบ้าง และจะเผชิญเหตุการณ์นั้นด้วยกลวิธีใด ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

2.1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่างๆ บุคคลจะใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ในการประเมินนั้นว่า สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตรายกับตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่า อันตรายอยู่ในระดับใด ซึ่งแบ่งออกได้ 3 แบบ คือ

1) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าตนเองไม่ได้รับผลจากเหตุการณ์นั้น หรือไม่สิ่งสูญเสียจากเหตุการณ์นั้น

2) ได้รับประโยชน์ (Benign/positive) คือการที่บุคคลประเมินว่า จะได้รับผลดี หรือประโยชน์จากสิ่งที่ต้องเผชิญ ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นด้านบวก เช่น มีความสุข สดชื่น ร่าเริง เป็นต้น หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้วจะไม่ก่อให้เกิดความเครียด จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น

3) สถานการณ์นั้นๆ เป็นความตึงเครียด (Stressful) ซึ่งการประเมินแบบนี้แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- เป็นอันตรายหรือความสูญเสีย (Harm or loss) คือการที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองหรือเกิดผลในทางลบ เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หมดความสามารถ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสำคัญในคุณค่าของตนเอง

- การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือเหตุการณ์นั้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา

- การท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ มีลักษณะคล้ายกับการคุกคาม ต่างกันคือ การประเมินว่าการท้าทายนั้น จะมีจุดมุ่งหมายในทางที่ดี มีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา ในขณะที่การท้าทายนั้น จะเน้นบนอันตรายที่เกิดขึ้น และมีท่าทีในทางกลัว โกรธ วิตกกังวล

2.2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เมื่ออยู่ในอันตราย ไม่ว่าจะบุคคลจะประเมินว่าเป็นการคุกคามหรือท้าทาย บุคคลนั้นต้องกระทำบางสิ่ง เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ให้อันตรายผ่านไป และจะต้องประเมินว่าจะใช้กลวิธีใดได้บ้าง เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีที่สุด โดยบุคคลนั้นจะใช้ สถิติปัญญา ความรู้และประสบการณ์มาประเมินทรัพยากรและทางเลือกของตนซึ่งเป็นการนำความสามารถ ความช่วยเหลือ รวมถึงเงินหรือทรัพย์สินที่มีอยู่มาพิจารณาว่าจะมีประโยชน์ต่อการเผชิญสถานการณ์นั้นได้อย่างไร นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์นั้นมีผลต่อกลวิธี ในการเผชิญปัญหา คือ หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว บุคคลนั้นจะใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์มากกว่าบุคคลที่ประเมินสถานการณ์นั้น สามารถแก้ไขได้ และบุคคลที่ประเมินสถานการณ์ว่าสามารถแก้ไขได้ หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมแล้วจะสามารถแก้ไขได้ บุคคลนั้นจะเผชิญปัญหาด้วยวิธีมุ่งเน้นแก้ไขปัญหามากกว่า

2.3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งได้ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้ บุคคลรับรู้ว่ามีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่ และเขาควรเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ในที่สุด

3) ความสามารถในการเผชิญปัญหา หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่า เป็นปัญหาที่ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือท้าทาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการกับปัญหา และแสดงออกมาทางความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ซึ่งเรียกว่าวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

3.1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือ เรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา จะเป็นการมุ่งปรับแก้ทั้งความคิดและพฤติกรรมของตน หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหา เผชิญกับสิ่งที่ปัญหาตามความจริง และกระทำโดยเลือกวิธีที่ดีที่สุด การเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้จะช่วยลดความตึงเครียดของตนเองและสิ่งเร้าที่มากระทบเพราะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง แต่จะใช้กับสถานการณ์ที่ประเมินแล้วว่าพอที่จะสามารถแก้ไขได้

3.2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุมปรับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง คือมุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจไว้ วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้ เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือลดความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการให้ปัญหาหมดไปได้ ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อยๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิด และกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้บ่อยครั้ง สำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้

Jalowiec and Other (1984) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาไว้ 2 ด้านเช่นกัน คือ

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม เช่น การยอมรับปัญหา การตั้งเป้าหมาย การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เป็นต้น

2) การแก้ไขปัญหามุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม เช่น การร้องไห้ การทำกิจกรรม การรับประทาน การฝึนกลางวัน การแยกตัวเอง

ดังนั้นความสามารถในการเผชิญปัญหานั้น เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายาม ทั้งความคิด และพฤติกรรม ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีการผสมผสานทั้งแบบที่มุ่งจัดการกับปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคลนั้นๆ เผชิญอยู่ ซึ่งการเผชิญปัญหาที่จะให้ได้ผลดีที่สุด คือการใช้กลวิธีทั้งสองแบบดังกล่าวให้ช่วยเสริมซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดการปัญหา ได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

### 2.3 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น

จากการศึกษาวิจัยของซาโรซ คาร์ตัน(2544) พบว่า วัยรุ่นไทยที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมปลาย ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยส่วนใหญ่มีลักษณะความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่และรองลงมาคือการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหนีปัญหาถึงร้อยละ 8.4 และจากการศึกษาของ สุภาพร เฉยทิม (2544) ที่ศึกษาถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มนักเรียนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือ ความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ

เมื่อวัยรุ่นเกิดความขัดแย้งในจิตใจ ในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวและไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ อาจนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาได้ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาด้านพฤติกรรมทางเพศ ปัญหาด้านภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจ รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจากลักษณะปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมานั้น หากวัยรุ่นสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความขัดแย้งในใจ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยผู้ปกครองหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือ ช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจปัญหาของตนเอง แนะนำวิธีการเลือกใช้วิธีในการเผชิญปัญหา จะทำให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

### 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น

การที่บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ย่อมขึ้นกับหลายปัจจัยประกอบกัน ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล จำแนกได้ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

1) ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยไม่ทันได้คาดคิดมาก่อน ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับเรื่องที่เกิดขึ้นหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน แม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า

2) ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหาซึ่งถ้าไม่ได้ผลก็จะเลือกหาวิธีใหม่

3) อายุ จะมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการเผชิญปัญหามากขึ้น มีแนวทางในการเลือกใช้การเผชิญปัญหามากขึ้น

4) ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนการเลือกใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาพิจารณาใช้ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา

5) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะในแต่ละบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหา อย่างมีเหตุผล ซึ่งทักษะนี้เป็นผลจากการนำเอาประสบการณ์ ความรู้และสติปัญญาไปใช้ในการแก้ปัญหา

6) ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อขอความเห็น ขอความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ บทบาทในสังคมซึ่งทักษะทางสังคมนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ง่ายในการเผชิญปัญหาหรือจัดการปัญหามากขึ้น

7) แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อนและสังคมอย่างแท้จริง ทั้งด้านการให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และด้านการสนับสนุนในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจและการพึ่งพาอาศัยกัน จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

8) ภาวะสุขภาพและพลังงาน เนื่องจากสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลร่างกายอ่อนแอหรือเจ็บป่วยทำให้มีพลังงานไม่เพียงพอที่จะนำมาจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้

9) ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันไปและมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ถ้าบุคคลมีความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อทางบวกเกี่ยวกับความยุติธรรม อิสรภาพ ความดี ความซื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยให้การประเมินสถานการณ์เป็นไปอย่างเหมาะสม มีความคิดในทางที่ดีต่อความสามารถของตนเอง มองตนเองในทางที่ดี มั่นใจในแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและมีพลังในการเผชิญปัญหาได้ดี

10) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของและสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้าบุคคลใช้สิ่งเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือกและมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น

สรุป ความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกันดัง การศึกษาของ สายพิณ ชานะ(2545) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักเรียนวัยรุ่นตามองค์ที่

ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมคือ สถานภาพการสมรสของบิดามารดา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านสิ่งของ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงคือ อายุเพศหญิง สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ระยะเวลาที่พิการ และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

## 2.5 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่ดีนั้น จะเกิดขึ้นในกรณีที่บุคคลสามารถจัดการความไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะสูญเสียหรือเป็นอันตราย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ รวมทั้งสามารถรักษาบทบาทและการทำหน้าที่ของตนเองไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นและยังคงมองตนเองในด้านบวก Miller กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อสามารถเก็บความเศร้าโศก เสียใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้ ทำให้เกิดความหลังและกำลังใจ มองตนเองในด้านบวก สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตตนเองได้ เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม เศรษฐกิจ)

Beare and Myer (1994 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2539) การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือการกระทำในลักษณะส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ความเครียด หรือปัญหาลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่นการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ การดูค่าเทอมเกรดผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งได้ว่าบุคคลนั้นมีการเผชิญปัญหาได้ดี

Caplan (1963 cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระ ทั้งความรู้สึกในแง่บวก และแง่ลบ มีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นหยุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนื่อยล้าและความไม่เป็นระเบียบแบบแผนพยายามต่อสู้ปัญหา ควบคุมอารมณ์ตัวเองให้ได้ นับถือไว้วางใจตัวเองและผู้อื่น มองโลกในแง่ดี

## 2.6 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

Jalowiec and Other (1984) ได้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาซึ่งเรียกว่า Jalowiec coping scale (JCS) ในปี 1979 ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วย

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม เช่น การยอมรับปัญหา การตั้งเป้าหมาย การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธีเป็นต้น



2) การแก้ไขปัญหามาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม เช่น การร้องไห้ การทำกิจกรรม การรับประทาน การฝึนกลางวัน การแยกตัวเอง ต่อมา Jalowiec ได้พัฒนาเครื่องมือใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา จากแบบวัดชุดเดิมประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ เผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด (Emotive Coping) การบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด (Palliative Coping) ต่อมาในปี 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่ มี 60 ข้อ แบ่งเป็น 8 รูปแบบ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การหนีปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด การบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด การใช้การประคับประคอง และการพึ่งพาตนเอง โดยแบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ 0.88-0.94 และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เครื่องมือนี้ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ปรับข้อความมาจากแบบวัดที่ จารุวรรณ จินดาบงกล (2541) แปลและปรับจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec Coping Scale (1987) เป็นแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยมีคำถาม 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด

### 3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

#### 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Becker (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์ออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคนอื่นลดน้อยลง

Beck (1967) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิบัติการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าเห่หู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ ถดถอยโน้มน้าวในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความหึงพ้อใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไป จากเดิมไปทางเชื่องช้าลง (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

Gordon (1999) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน และควรได้รับการบำบัด

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphonic mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัว เจ็บขม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง และแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) เป็นอารมณ์ปกติ (Affect of States) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

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

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

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

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

3.3) อาการทางพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

ผู้ศึกษาใช้ความหมายในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าที่เป็นลักษณะอาการหนึ่ง ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่รุนแรงจนเป็นความผิดปกติทางคลินิกสำหรับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หมดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวัง มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ คิดว่าตนเองไร้ค่ามีสัมพันธภาพกับคนอื่นน้อยลง และแยกตัว

จากสังคม และพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้า นั้น ทำให้มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

### 3.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า นั้นเชื่อว่าเกิดได้หลายสาเหตุแตกต่างกันไป นักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่าทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, Rawlins & Williams, 1984) นักทฤษฎีทางด้านจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้จากความรู้สึกขัดแย้งกันในระดับจิตไร้สำนึกของสัญชาตญาณความต้องการและแรงผลักดัน ทำให้เกิดความรู้สึกผิดล้มไม่แน่ใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดความรู้สึกล้มใจในเรื่องของความรักและความเกลียด ความรู้สึกรักมีน้อยแต่ความรู้สึกเกลียดมีมากก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น แต่ตัวเองไม่สามารถแสดงความรู้สึกโกรธออกมาได้ ก็เลยผันความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นนั้นเข้าสู่ตัวเอง ผลที่ตามมาก็คือการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527) ทฤษฎีการเรียนรู้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้ถึงการหมกหมองทางแก้ไขและการขาดแรงเสริม เนื่องจากมีประสบการณ์ในลักษณะล้มเหลวต่อการควบคุมสภาพแวดล้อม รู้สึกไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าสู่ภาวะการปล่อยให้อาการเกิดแบบเลขตามเลข ยอมรับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและสิ้นหวัง ผลก็คือเกิดภาวะซึมเศร้า (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527) ทฤษฎีความนึกคิดอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีการบิดเบือนทางความคิด เช่น การมองโลกในแง่ร้ายหรือการตำหนิตนเองโดยไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งการคิดเช่นนี้เกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลไม่สามารถที่จะรู้ความจริงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้โดยสมบูรณ์ ดังนั้นแต่ละคนก็จะมี ความพึงพอใจในการมองเรื่องราวต่างๆเหล่านั้นตามประสบการณ์ในอดีตของตนเอง โดยทั่วไป แม้ว่าบุคคลมักจะมีความนึกคิดโน้มเอียงไปตามประสบการณ์ที่ตนได้รับเสมอ แต่ก็จะมี การนำเอาความนึกคิดของผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมเข้ามาช่วยด้วย จึงทำให้การนึกคิดของบุคคลในการพิจารณาสิ่งต่างๆยังอยู่ในระดับที่ปกติ แต่การบิดเบือนทางความคิดจะเป็นการพิจารณาสิ่งต่างๆเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่ผู้คนทั่วไปคิดกัน ประกอบ ด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ การมองตนเองในทางลบ การมองสภาพแวดล้อมในทางลบ และการมองอนาคตในทางลบ (Ariciti & Bemporad, 1978)

การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากสาเหตุเพียงอันใดอันหนึ่งได้โดยชัดเจน หรืออาจกล่าวได้ว่าไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยสมบูรณ์ (Sadler, 1991) ไม่ว่าจะไปในแนวคิดทางชีววิทยา ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ หรือ

ทฤษฎีการนึกคิด แต่มีความเกี่ยวข้องกันในแต่ละสาเหตุซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนของภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นทั้งจากตัวบุคคลเอง พันธุกรรม ครอบครัว สังคมหรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

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

1) รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) โดยมองตนเองว่า บกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ต่ำหั้นตนเอง โทษตนเอง มีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณะของตนเองบิดเบือนไป เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้คิดฆ่าตัวตายได้

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

3) รูปแบบความคิดต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไรไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย มองอนาคตว่าเป็นสิ่งที่ปัญหา และไม่มี ความหวัง

ลักษณะของความคิดนำร่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนความบิดเบือนทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีต จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาอีก ซึ่งถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มมากขึ้นภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นและมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งความคิดทางลบทั้ง 3 รูปแบบนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ ความคิดทางลบที่เกิดขึ้นประกอบด้วย ลักษณะเนื้อหาของความคิด และการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ได้แก่ ลักษณะเนื้อหาของความคิดดังต่อไปนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอี่ยมเดือน เอมระยม, 2541)

1) การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นการสรุปความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย เช่น บางคนมีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะสมกับตน

2) การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ ในขณะที่เพิกเฉยต่อสิ่งที่สำคัญ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความยินดี เพราะในระดับความรู้สึกตัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ได้ตระหนักถึงความสุข ความยินดีของตนเอง

3) การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่มีอยู่บนพื้นฐานความจริงเพียงอย่างเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวจะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

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

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

6) ความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรให้ครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละร้อย ก็จะไม่ทำอะไรที่ต้องทำอีกเลย

### 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นประกอบด้วยปัจจัยหลายๆอย่าง ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1) ปัจจัยแรกคือ อายุ ซึ่งอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนหลังผ่านช่วงวัยรุ่นตอนต้นไป จากงานวิจัยของ Brage (1990) พบว่าอายุมีผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และอายุยังมีผลโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นโดยผ่านความรู้สึกโดดเดี่ยวด้วย การศึกษาของ Brage และคณะ (1995) พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีอายุมากมีภาวะซึมเศร้า

มากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ส่วนการศึกษาของ Iovchuk & Batygina (1998) พบมีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยขึ้นจากอายุ 12-16 ปี แต่จะลดลงเมื่ออายุ 17 ปี

2) เพศเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางนั้น จำนวนวัยรุ่นหญิงนั้นมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชายในอัตราส่วนประมาณ 2:1 การศึกษาถึงความแตกต่างทางชีววิทยา ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอในการอธิบายถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ แต่ได้มีการศึกษากันมาพอสมควรในการพิจารณาถึงความแตกต่างในแหล่งก่อความเครียดและกลไกการเผชิญปัญหา โดยทั่วไปผู้หญิงจะมีประสบการณ์ที่เป็นแหล่งก่อความเครียดมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากตามสภาพความเป็นจริงผู้หญิงจะอยู่ในสภาพที่ด้อยกว่า มีอำนาจน้อยกว่าในการควบคุมชีวิตของตนเอง และมักจะต้องปฏิบัติตามบทบาทหลายอย่างที่ถูกละเลยให้ทำตามในขอบเขตที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้เกิดความเครียดได้ สำหรับกลไกการเผชิญปัญหานั้นจะเห็นได้จากผู้ชายมักจะไม่ค่อยให้ความสนใจกับปัญหาเท่าใดนัก โดยมักเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมอื่นๆ แทน ในขณะที่ผู้หญิงมักจะคิดคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะวัยรุ่นหญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าวัยรุ่นชาย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Marcotte, 1996) และงานวิจัยของ Brage (1990) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าวัยรุ่นชายมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าวัยรุ่นหญิง

3) อีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก็คือ บุคลิกภาพ ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพ 3 แบบที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา แบบพฤติกรรมดี และแบบชอบควบคุม บุคลิกภาพแบบพึ่งพา จะมองคนอื่นว่าเป็นผู้ที่ทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่า บุคลิกภาพแบบนี้มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด เริ่มจากการขาดพลังทางกายจึงมีแนวโน้มที่จะรู้สึกอ่อนแออยู่ตลอดเวลาที่ไม่ได้รับพลังจากคนอื่น เมื่อถูกปฏิเสธความเชื่อมั่นในตัวเองจะหมดไป บุคลิกภาพแบบพฤติกรรมดี บุคลิกภาพแบบนี้มักจะคล้อยตามความเห็นของคนอื่นและค่อนข้างจะทำตามกฎระเบียบ อยู่ในโอวาทมักจะกังวลว่าผู้ปกครองจะเห็นด้วยกับการกระทำของตัวเองหรือไม่และจะพยายามอย่างมากที่จะทำให้ผู้ปกครองพึงพอใจ ผลจากความตึงเครียดอยู่เสมอคือความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บุคลิกภาพแบบสุดท้ายคือ บุคลิกภาพแบบชอบควบคุม จะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ค่อยจะยืดหยุ่นไว้ อารมณ์ จะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองไม่พอใจ จึงทำให้เครียดได้ง่าย (Gillet, 1991) วัยรุ่นที่มีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตในทางลบและไม่ไว้ใจคนอื่นมักจะขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งวัยรุ่นที่ขาดทักษะดังกล่าวนี้จะกลายเป็นคนที่มีภาวะเครียดต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มากกว่าคนอื่น จึงมีความรู้สึก

ไวต่อความเป็นอยู่ที่กดดันและเกิดความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

4) สถานภาพสมรสของบิดา มารดา และสัมพันธภาพของครอบครัว จากงานวิจัยของ Lasko และคณะ (1996) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความใกล้ชิดกับพ่อและแม่ต่ำ งานวิจัยของ Sheeber และคณะ (1997) พบว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมากทั้งในปัจจุบันและการเกิดในอนาคตในช่วง 1 ปี และงานวิจัยของ Aseltine และคณะ (1998) พบว่าการสนับสนุนครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าวกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ความขัดแย้งของพ่อแม่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือกระบวนการหย่าร้างในครอบครัวก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความยุ่งยากทางอารมณ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน งานวิจัยของ Aseltine (1996) พบว่าการหย่าร้างของพ่อแม่เชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ได้ 2 ทางคือ การหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการหย่าร้างยังทำให้ปฏิริยาต่อความเครียดของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไป วัยรุ่นบางรายจะมีปฏิริยาต่อความเครียดลดลง บางรายมีปฏิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มที่มีปฏิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้นนี้จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

5) เหตุการณ์อีกเหตุการณ์หนึ่งที่พบได้มากในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า คือการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต ความโศกเศร้าจากมรณกรรมนั้นไม่ถือเป็นภาวะซึมเศร้า แต่การสูญเสียพ่อแม่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียอื่นๆตามมาได้ เช่น การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตอาจทำให้สภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำลงได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะประวัติการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญอีกอันหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยพบว่าพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีการเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ นั้นจะถ่ายทอดความรู้สึกสิ้นหวังและหมดหนทางซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้าไปยังบุตรวัยรุ่นของตนโดยไม่ได้ตั้งใจจากการกระทำพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างต่างๆออกมา

6) สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เนื่องจากความยากจนเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องในชีวิตของวัยรุ่น ทำให้เกิดผลเสียต่ออารมณ์ของวัยรุ่นและครอบครัว

7) ปัญหาทางโรงเรียนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับของภาวะซึมเศร้า การที่วัยรุ่นไม่สามารถเรียนได้เหมือนเพื่อนจะเป็นสิ่งที่ยับยั้งการได้รับประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จ ปัญหาพฤติกรรมต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุมาจากความไม่สมหวังใน

การประสบความสำเร็จที่โรงเรียนก็เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ในทางลบได้อีกอย่างหนึ่งที่จะนำมาซึ่งอารมณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นได้เสมอในวัยรุ่น เมื่อความนึกคิดและอารมณ์ในทางลบมีมากขึ้นเรื่อยๆ ก็นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (มณวิภา สารินทร์. 2538)

### 3.4 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นประกอบด้วยอาการดังนี้ (Sadler, 1991)

- 1) มีอารมณ์เศร้าหรือไม่เป็นสุข ได้แก่ รู้สึกเศร้า เหงาหงอย อ้างว้าง โดดเดี่ยวถูกปฏิเสธ โดยอาจจะแสดงออกในลักษณะหงุดหงิดง่าย ร้องไห้ มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมที่ไม่ยังคิด หรือหุนหันพลันแล่น หรือถอยห่างจากสังคม ความสนใจและพึงพอใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ลดลง เช่น เบื่อหน่าย ไร้อารมณ์หรือห่อเหี่ยวใจโดยไร้มูลเหตุที่ชัดเจน
- 2) ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง เช่น รับประทานอาหารมากหรือน้อยผิดปกติ
- 3) แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนมากหรือนอนน้อยผิดปกติ
- 4) ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ เช่น รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก
- 5) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น จำอะไรไม่ค่อยได้หรือเรียนแย่งลง
- 6) รู้สึกสิ้นหวังหรือหมดหนทาง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้าย อาจหมกมุ่นอยู่กับความตายหรือการฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการสร้างเอกลักษณ์กับการสับสนในตนเอง จากการที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความต้องการทางเพศ เริ่มสนใจเรื่องความรักกับเพื่อนต่างเพศ การเรียนรู้ที่จะกระทำภารกิจอย่างผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาจะแสดงออกให้ปรากฏแก่สายตาคนอื่นกับสิ่งที่พวกเขา รู้สึกหรือสิ่งที่พวกเขาเป็นอยู่ (Erikson, 1963) จากการที่วัยรุ่นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ก่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นการสอบที่โรงเรียน การแต่งตัว ทรงผม เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยเฉพาะเพื่อนต่างเพศ หรือการทำตามความคาดหวังของบุคคลอื่น ทำให้วัยรุ่นมักมีอาการอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นคง อาจนำมาซึ่งอาการแสดงต่างๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลดังกล่าว เช่น หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน หากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เหล่านี้รุนแรงมากขึ้นก็จะกลายเป็นปัญหาทางอารมณ์ได้ และเมื่อมีอาการแสดงหลายๆ อย่างเกิดร่วมกันก็จะเป็นมูลเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rawlins & Heacock, 1993) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มที่จะเปิดภาวะซึมเศร้าของตนเองโดยการแสดงออกในลักษณะปัญหาทางพฤติกรรม ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นกลไกการป้องกันตัวโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการของวัยรุ่นที่จะปกป้องตนเองจากความรู้สึกหรือการแสดงออกถึงความอ่อนแอหรือต้องการการพึ่งพา ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงทำ



ให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการถือหน่วยการเรียน เกียรติยศ ครั้น หนีโรงเรียน การเรียนตกต่ำ เข้ากับเพื่อนๆ ไม่ได้ มีพฤติกรรมแบบอันธพาล มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นหันไปดื่มเหล้าและนำไปสู่การติดเหล้าหรือยาเสพติดชนิดอื่นต่อไปได้ และผลกระทบที่เป็นอันตรายที่สุดคือการฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2528)

### 3.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังเป็นปัญหาสุขภาพจิตอีกปัญหาหนึ่ง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็อันตรายจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

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

### ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

การขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neesc, 1991) ในที่สุดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงตามมา

อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้การขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือ การนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมา

สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวมองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ

### 3.6 การประเมินและการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การประเมินและการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพอจะสรุปได้ดังนี้

3.6.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ เช่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ มีปัญหาในการนอนและความอยากอาหารและมีความคิดฆ่าตัวตาย ในส่วนที่ต่างจากผู้ใหญ่ เช่น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ภายนอกหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าและบางครั้งมีอาการหงุดหงิดมากกว่าอารมณ์เศร้า (Mufson และคณะ, 1993) การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นสามารถทำได้ทั้งจากแหล่งข้อมูลที่เป็นผู้สังเกตการณ์ เช่น บุคคลในครอบครัวและจากรอบเล่าของวัยรุ่นเอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) แหล่งข้อมูล ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถรวบรวมข้อมูลได้จากหลายแหล่งแตกต่างกันไป จากการวิจัยต่างๆ พบว่ามีการพิจารณาที่ไม่ตรงกันระหว่างรายงานของพ่อแม่กับบุตรเกี่ยวกับความรุนแรงและลักษณะของพยาธิสภาพทางจิตของบุตร นักวิจัยพบว่าพ่อแม่ ครูและบุตรมีการรายงานอาการแสดงและปัญหาในลักษณะที่แตกต่างกัน พ่อแม่และบุตรอาจใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกัน

2) เครื่องมือการประเมินด้วยตนเอง การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ ประเภทแรก การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D]) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กแบบสั้น (Short Children's Depression Inventory [SCDI]) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] ) และประเภทที่สองการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI] ) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale [Zung-SDS] ) แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้า

ในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory [CDI])

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินระดับความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาแพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย และศึกษาค่าทางสถิติจากการศึกษาในวัยรุ่นไทย พบว่าความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย = 25.6 และ 15.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.08 และ 6.7 ตามลำดับ P ต่ำกว่า 10) นอกจากนี้คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจาก receiver operating characteristic curve พบว่า คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 เครื่องมือนี้ประกอบข้อความ 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ผู้ที่ได้รับคะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) พบข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

ผู้ศึกษาพิจารณาว่าแบบประเมินดังกล่าวมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง เนื่องจากภาวะซึมเศรานั้นขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นส่วนใหญ่และสังเกตโดยบุคคลอื่นได้ยาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความคิดของตนเองได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2535) ข้อคำถามเข้าใจง่าย มีข้อคำถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมและเจาะจงกับกลุ่มวัยรุ่น

3.6.2 การรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การรักษาภาวะซึมเศร้ามีแนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การรักษาด้านจิตวิทยา หรือ การรักษาทางยา และการรักษาทางจิตใจ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; ปราโมทย์ สุภนิจย์, 2540; มาโนช หล่อตระกูล, 2548; สุชาติ พหลกาลย์, 2542; Chaput et al., 1998; Kah & Kupper, 1993; Pearson, 1995) มีรายละเอียด ดังนี้

3.6.2.1 การรักษาทางยาเป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มต่างๆ เช่น ยาต้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาต้านเศร้ากลุ่มโมโนเอมีน (monoamine

oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาต้านเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัว คือ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน และซีโรโทนิน ที่จุดต่อของปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจึงหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละตัวมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆ กัน เช่น ยาอิมิพรามิน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึม กลับเข้าเซลล์ของนอร์อิพิเนฟริน ส่วนยาเอมิทริปไทลีน (amitriptyline) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโทนิน เป็นต้น

การรักษาด้วยยาต้านเศร้าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมี อารมณ์ดีเป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด แต่จะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น ในช่วงเพียง 1-3 วัน ทั้งความสนใจในสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า 1 เดือนสามารถลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาคิดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยาต้านเศร้า คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพบได้แม้จะใช้ยาในขนาดปกติ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านเศร้าที่พบบ่อยๆ เช่น ตาพร่า คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น

3.6.2.2 การบำบัดทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และช่วยทำให้ผู้รับการบำบัดร่วมมือในการรักษามีแนวทางการรักษา ตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่าความขัดแย้งในจิตได้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว

2) การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตได้สำนึกด้วย กระบวนการให้ความรู้ธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด

3) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เฟอริสเทอร์ (Ferster อ้างใน ดวงใจ กษานติกุล, 2536: Kazdin, 2001) เป็นผู้ที่ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษา

ภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคม ยิ่งทำให้ ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิด จะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

4) การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดยเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไป ในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริง แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถ เข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ ภาวะซึมเศร้าลดลง

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

6) กลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยผู้บำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2549)

สำหรับการศึกษา ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดาร์ณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของMarham (1978) มาใช้แก้ปัญหา เพราะวัยรุ่นมีพัฒนาทางสังคมจะเข้าหากลุ่มเพื่อน นอกจากนั้นในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี มักมองตนเองสิ่งแวดล้อม และอนาคตในแง่ลบ ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ มองว่าตนเองไร้ค่า และมีความพร้อมของแหล่งพลังอำนาจ ดังนั้นแนวคิดนี้จะ

ช่วยให้วัยรุ่นเปลี่ยนมุมมองใหม่ตามความเป็นจริง มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ในทางบวก และสามารถจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่น

แนวคิดที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่นพอจะสรุปได้ดังนี้

4.1.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น การที่วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในหลายๆด้านพร้อมกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิดและสติปัญญาดังกล่าว ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเมื่อมีปัจจัยต่างๆมากระตุ้นทำให้ความรู้สึกสิ้นหวังนั้นมีความรุนแรงได้ การที่วัยรุ่นเกิดความรู้สึกสิ้นหวังง่าย ทั้งนี้เพราะในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการทางสติปัญญาเริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองตนเองและมองไปยังอนาคตข้างหน้าถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูงและขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังได้ง่าย ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า การเผชิญปัญหาไม่ดีขึ้น และการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นของสังคมที่จะต้องมีบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้และความสามารถที่พร้อมที่จะให้บริการวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้ พยาบาลระดับวิชาชีพและระดับพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทาง เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สามารถให้บริการทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2543) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไว้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การประกอบวิชาชีพของการพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลผสมผสานกับศาสตร์อื่นและ/หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ การบำบัด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัวและ และฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งมีการดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข ทั้งนี้พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล การบำบัดทางจิต ซึ่งครอบคลุมการ

ปฏิบัติกิจกรรม โดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ การจัดสภาพแวดล้อม การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม แก่เด็ก/วัยรุ่น และครอบครัว และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานอื่น องค์กรเอกชน และทีมสุขภาพใน โครงการ หรือกิจกรรมที่มุ่งสู่การเสริมสร้างสุขภาพจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตที่เป็นสุขของประชาชน

4.1.2 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหา  
ไม่ดี

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2543) ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลในเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ปัญหาภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้คือ

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. มีกระบวนการคิดและมุมมองตนเองในทางลบ เกี่ยวข้องกับการขาดการกระตุ้นทางการคิดในทางบวกเกี่ยวกับอนาคต หรือขาดแรงเสริมทางบวกจากสิ่งแวดล้อม
3. มีความพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเรียนรู้ตามพัฒนาการ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ภาวะสิ้นหวังและการล้มเลิกการตัดสินใจ
4. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การคิด การมองตนเองด้านลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

#### การวางแผนการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่นที่มีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นผู้ที่มีเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย ควรได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อเป็นการ สร้างความไว้วางใจซึ่งพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้โอกาสได้พูดถึงความรู้สึกที่ดีและไม่ดีในทางสร้างสรรค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่ประสบปัญหา ผู้ที่ประสบความสูญเสียรับฟังอย่างสนใจ ยอมรับความรู้สึกนั้น และช่วยให้วัยรุ่นได้พัฒนามุมมองหรือความคิดต่อตนเอง บุคคลและต่อสถานการณ์แวดล้อมอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง
3. สอนให้วัยรุ่นเรียนรู้ และพัฒนาวิธีการเผชิญกับอารมณ์ของตนเองในทางสร้างสรรค์ เช่น การใช้พลังงานทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นเมื่อมีความรู้สึกซึมเศร้า จัดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ใหม่ในสถานการณ์ทดลอง หรือสถานการณ์จริงที่วัยรุ่นยังมีความรู้สึกปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อความล้มเหลว

4. สร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ควบคู่กับการสอนวัยรุ่น ให้เรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม จัดกิจกรรมหรือเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้สถานการณ์จริง ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับที่สอดคล้องกับความจริง ควบคู่กับการให้กำลังใจและแรงเสริมทางบวก เมื่อวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี รวมทั้งสอนให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ชีวิตเป็นรายบุคคล

5. ช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาความรับผิดชอบ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนที่เหมาะสมตามสภาพ ด้วยวิธีการสอนและให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นในการแก้ปัญหาชีวิตด้วยตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นมีความเข้าใจตนเอง สถานการณ์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหรือเลือกวิธีการแก้ปัญหา ทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เลือกแล้ว โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนการประเมินและการปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เรียนรู้ใหม่ในชีวิต

4.1.3 บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี

1) บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหา การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการ จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องทราบถึงบทบาทของตน

2) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนาจทรัพยากรสำหรับผู้รับบริการเพื่อการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

3) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

4) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่ดีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง

5) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง หรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับบริการดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้



6) บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เป็นบุคคลที่เชื่อถือได้ และยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้รับบริการเอง

#### 4.2 ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จากสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเดิมแบ่งเป็นสมรรถนะแกนกลาง 4 สมรรถนะ และสมรรถนะหลัก 10 สมรรถนะด้วยกัน ต่อมาสภาการพยาบาลโดยคณะกรรมการการพยาบาลเฉพาะทางได้ดำเนินการปรับข้อความเกี่ยวกับขอบเขตและสมรรถนะของ APN ทุกสาขาใหม่โดยใช้องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยและสนทนากลุ่มของ APN ทุกสาขา และนำเสนอในการประชุมประชุมคณะกรรมการการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2551) ดังนี้

ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนโดยใช้ความชำนาญและทักษะขั้นสูง ในการจัดรายกรณีหรือใช้วิธีอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการ ดูแลให้กลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ สร้างทีม จัดระบบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชนครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพ การส่งผู้ป่วย การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

สามารถประเมินผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพ

และสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะได้แก่การประเมินสภาวะสุขภาพ เจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทุกมิติ วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของการได้รับการได้รับยารักษาทางจิตเวชระยะยาว และ/หรือภาวะแทรกซ้อนของการรักษา

ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ ตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ และประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมพิจารณาปรับแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างทันท่วงที และใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตซับซ้อน

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ การสอน/ฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช (เช่น เด็กวัยรุ่น สตรีที่ถูกทำร้าย ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางกายหรือโรคจิตเวชเรื้อรัง) ให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวังความเครียด และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ บุคลากรสุขภาพในสถานบริการและในชุมชนให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองโรคทางจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการส่งต่อได้ ประชาชน องค์กรและภาคีกลุ่มต่างๆในชุมชน ในการจัดการกับความเครียด การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เป็นที่ปรึกษาของนักศึกษา

พยาบาล ทีมพยาบาลและทีมงานในลักษณะอื่นๆ โดยวิเคราะห์ทักษะ ประสิทธิภาพ ความรู้ความต้องการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและความก้าวหน้าของบุคคลและองค์กร

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการที่เป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตโดยประมวลจากสถานการณ์ในหน่วยงาน และหลักฐานเชิงประจักษ์ การสร้างทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อจัดระบบการดูแล การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และการบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศ นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแล สร้างแผนงาน หรือโครงการต่างๆเพื่อพัฒนาคุณภาพ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ตนมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาลและหลักการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน บริหารจัดการด้านการปฏิบัติ โดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวช (advocate) เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงด้านกฎหมายและจริยธรรม และให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงาน/ระดับองค์กร

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ ติดตามและรวบรวมผลการวิจัย ใช้ และเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลในรูปแบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาพยาบาลเดียวกัน

นำการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ได้แก่ กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดพัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือ ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด นำผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ จัดทำหลักฐาน เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย

สรุป การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ และ ความชำนาญ ซึ่งจะช่วยให้ได้กัวยุ่ร่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล นับเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสุขภาพต้องตระหนักและทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง

### 4.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ พลังอำนาจ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงความสามารถ ความมีอิทธิพล หรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของบุคคล การมีพลังอำนาจเป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา หรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในทุกๆด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น(Gibson,1995 ;Gilbert,1995) กระบวนการที่ทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

คารณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถ และอำนาจในตนพัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

อวยชัย คัณมุขกุล (2540) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังในการควบคุมชีวิตของตนเองเป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงออกถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือ ชี้นำ ให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลองค์กรหรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเองในทุกๆด้าน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เรียนรู้การทำงานร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อร่วมกันขจัดอุปสรรคหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา

Rappaport (1984) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริม และได้รับโอกาส การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาที่จะทำให้บุคคล ครอบครัวยุทธ ชุมชนก้าวหน้า และมีศักยภาพเพิ่มขึ้นจากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลให้สามารถจัดการกับชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง เพื่อให้รู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังในการกระทำการต่างๆในการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการเลือกวิถีชีวิตของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

4.3.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบไปด้วย

1) ความเข้มแข็งทางกาย (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใดๆของบุคคลก็จะลด ในวัยรุ่นก็เช่นเดียวกันเมื่อร่างกายเจ็บป่วย ก็ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน และแก้ปัญหาต่างๆ พลังอำนาจก็จะลดลง

2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล

นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่นการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support) ในวัยรุ่นถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เช่น อุปกรณ์การเรียนต่างๆ ตามความต้องการ ก็ทำให้มีความพร้อมต่อการเรียน ไม่เกิดปัญหา และส่งผลให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้น

3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในคนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความภาคภูมิใจส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอัตมโนทัศน์ในคน การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ในคน เป้าหมายในการสร้างอัตมโนทัศน์ในคนขึ้นมาใหม่คือ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์ในคนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

4) พลังงาน (Energy) ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงานได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆด้วย

5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

1) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนั่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

2) การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ

6) แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายใน ช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่ม

ศักยภาพส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

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

สำหรับวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นเด็กด้อยโอกาส ซึ่งมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ดังนี้คือ การพร่องแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การที่ครอบครัวของวัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้ครอบครัวต้องดิ้นรนทำมาหากิน บิคา มารดา มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและทำนา บางส่วนกำไรก็ต้องอยู่กับญาติ ทำให้ไม่ได้เอาใจใส่ดูแลบุตรหลาน และครอบครัวมีสภาพที่ไม่ราบรื่น มักทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านี้ขาดความรักความอบอุ่น สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน และการที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัววัยรุ่นที่ไม่ดียังทำให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์หรือการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่ไม่ดีอีกด้วย และพบว่าบุคลิกภาพบางส่วนของวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่กล้าแสดงออก ไม่มั่นใจ นั้นเป็นความพร่องของแหล่งพลังอำนาจในด้านระบบความเชื่อและแรงจูงใจ

วัยรุ่นแต่ละคนมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลือของวัยรุ่นสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ ด้วยเหตุนี้วัยรุ่นจึงต้องหากวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่นความหวัง และอุดมโนทัศน์เชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา

#### 4.3.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบ (คารณี จามจูรี, 2545) ดังนี้

##### 1) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1) คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเป็นผู้ที่ช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจาก พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงความหมายของชีวิตและมีความหวัง ทำให้ผู้รับบริการสามารถต่อสู้อุปสรรคต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่

1.2) คุณลักษณะของผู้ให้บริการตามแนวคิดของ Gibson (1991) ปัจเจกที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล

(Intrapersonal factors) ได้แก่ ค่านิยมของตนเอง ความเชื่อ การมีเป้าหมายในชีวิตและ ประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

### 1.3) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.3.1) การที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่โดยตรงต่อสุขภาพของตน พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้รับบริการมีอำนาจ และอิสระที่จะเลือกกิจกรรมที่เขาปรารถนา

1.3.2) การเป็นหุ้นส่วน และการยอมรับในคุณค่า และความสามารถของบุคคล

1.3.3) การให้ความช่วยเหลือ และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการสร้างพลังให้กับตนเอง

1.3.4) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของความร่วมมือ

1.3.5) การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับบริการในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.3.6) การปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะ การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความหมาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเองมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่มีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้รับบริการแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้รับบริการในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้รับบริการ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

### 3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การกลับหาสภาพการณ์จริง การสะท้อน



ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบ

Suk Bling (1998) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียดและความสนใจ ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการสนับสนุนกันเองเอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

4) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

4.1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย

4.1.1) การนับถือตนเอง (Self-esteem) บุคคลที่นับถือตนเองสูงจะเป็นคนปรับตัวให้ชีวิตมีความสุขและปราศจากความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความมั่นใจ บุคคลที่มีความนับถือตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนเองทางด้านลบ ปฏิเสธและคิดว่าจะทำอะไรก็มิแต่ความล้มเหลว

4.1.2) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถตัดสินใจ และดำเนินการให้เกิดผลตามที่ปรารถนา พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่สิ่งที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สามารถแก้ไขได้หรือรู้สึกขาดการควบคุมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกสูญเสียการควบคุมมากขึ้นเท่าไรก็จะยิ่งมีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

4.1.3) ความสามารถในตน (Self-efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอาจกล่าวได้ว่า ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมนั้นสามารถทำนายการกระทำในอนาคต และปฏิบัติการตอบสนองทางจิตใจของบุคคลได้อีกด้วย

4.2) การปรับเปลี่ยนค่านิยมพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนความสามารถของบุคคลในการ

มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น รวมทั้งยังเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สมรรถนะความคิดอย่างมี  
 วิจารณ์ญาณและความยืดหยุ่นในตนเอง

4.3) การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดีเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความ  
 ความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่  
 เบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป

#### 4.4 การใช้กระบวนการกลุ่มในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

##### 1) กระบวนการกลุ่มของ Murrain (1978)

กระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงาน  
 สูงสุด เพราะในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น สมาชิกกลุ่มทุกคนมีประสบการณ์ คิดดูมา จะ  
 สามารถใช้ประสบการณ์ของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความ  
 คิดเห็นและการนำไปปฏิบัติได้นั้น จะต้องอาศัยกระบวนการกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานเป็น  
 กลุ่มจะทำให้ เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยากหรือไม่เคย  
 ทำมาก่อน (ทิษณา แคมณี. 2537) กระบวนการกลุ่มจึง เป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของกลุ่ม  
 บุคคล การที่บุคคล ได้พบปะสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ซึ่ง  
 กันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับ  
 ตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน เกิดการ  
 พัฒนาตนเอง ในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการรู้จักทำงานร่วมกันกับผู้อื่น (ทิษณา  
 แคมณี . 2422: วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุกกุล . 2522 ; Corey . 1992 )

2) วัตถุประสงค์ของกลุ่ม Murrain (1978) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มไว้  
 ดังนี้

2.1) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและ  
 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ

2.2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน  
 ในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม

2.3) เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจาก  
 สังคมเนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมดหวังในชีวิตของ  
 สมาชิกกลุ่ม

2.4) เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิต  
 และความเจ็บป่วย พร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

2.5) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง

2.6) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเอง และกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี

2.7) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

3) โครงสร้างของกลุ่ม การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อที่จะให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุกกุล 2522; Marram 1978) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

3.1) บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมี ความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล. 2522)

3.2) ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป Lasale and Lasale (1995) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10 คน และ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8 - 12 คน

3.3) สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ เจียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withall and Levis, 1963)

3.4) ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาที่ตั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ควรกำหนดวันเวลาและจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

- ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง (Marram, 1978) ส่วนในกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุกกุล. 2522)

- ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่มและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram, 1978)

4) แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนาของกลุ่มเป็น

3 ระยะ

4.1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกละมุนคลายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยการใช้ความคิดของตนเอง เป็นเครื่องตัดสินใจ จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้า และเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

4.2) ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคย และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ที่สมาชิกกลุ่ม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหามาบางอย่างได้

4.3) ระยะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมาโดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำ

กลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่มีสมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

5) การประเมินผลของกลุ่ม การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram, 1978) บทบาทผู้นำกลุ่ม, บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม, บทบาทของสมาชิกกลุ่ม, ระยะเวลาในการทำกลุ่ม, ขั้นตอนของการทำกลุ่ม, บรรยากาศของกลุ่ม, การสื่อสารในกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

## 5. กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับวัยรุ่น

กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับวัยรุ่นเป็นการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในวัยรุ่น โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลผสมผสานร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิต และจิตวิญญาณ ของวัยรุ่น และฟื้นฟูสภาพจิตใจ พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาด้านจิตอารมณ์ จิตสังคม และพัฒนาการของวัยรุ่น ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะนำกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับกระบวนการพยาบาล โดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี งานจูรีและจินคณา ยูนิพันธ์ (2545) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) เนื่องจากผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ด้านการนับถือตนเอง (Self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีสุขภาวะที่ดี นอกจากนั้นแล้วกระบวนการกลุ่มยังเป็นการได้ระบายความรู้สึก ได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ พบสมาชิกที่ปัญหาลักษณะอย่างเดียวกัน ได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือคนอื่น และช่วยให้สมาชิกเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสร้างคู่มือซึ่งมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน 3 ระยะตามกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกลอดภัย (Initiating Phase)

ขั้นตอน 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหา โดยการสะท้อนความคิดของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ได้ หรือพอใช้ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจะสร้างความร่วมมือกับวัยรุ่น และทราบความปรารถนา ปัญหา อุปสรรคที่มีต่อการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ เกิดความรู้สึกรับประกันในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจและมีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)

ขั้นตอน 2 การวางแผนการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจของวัยรุ่นเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นกำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่วัยรุ่นตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และดีที่สุด

ขั้นตอน 3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพูดคุยเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นที่จะเอื้ออำนวยให้ดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Final Phase)

ขั้นตอน 4 การคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ได้ เมื่อวัยรุ่นได้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ของตนเอง ตลอดจนพัฒนาวิธีการปฏิบัติตน เพื่อดูแลและสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศ

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายความคิดอัตโนมัติทางลบในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 245 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นตอนปลายมีความคิดอัตโนมัติทางลบร้อยละ 99.20 โดยมีความคิดอัตโนมัติทางลบในระดับเล็กน้อยร้อยละ 93.42 ระดับปานกลางร้อยละ 5.76 และระดับรุนแรงร้อยละ 0.82 และปัจจัยด้านความรู้สึกรับประกันในตนเองและ ความผูกพันในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความคิดอัตโนมัติทางลบในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย ได้ร้อยละ 22.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยความรู้สึกรับประกันในตนเองทำนายได้ร้อยละ 17.90 และความผูกพันในครอบครัวสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.90 ส่วนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนไม่สามารถทำนายความคิดอัตโนมัติทางลบของเด็กวัยรุ่นตอนปลายได้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความผูกพันในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายความคิดอัตโนมัติทางลบในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 60 คน ใช้วิธีการสุ่ม ผลการทดลองพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายกลุ่มทดลองภายหลังการให้คำปรึกษา แลกกลุ่ม สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการเผชิญปัญหา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายกลุ่มทดลองภายหลังการให้คำปรึกษาและ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยศึกษาในบิดามารดาที่มีเด็กเป็นออทิสติกที่เข้ามาใช้บริการเป็นผู้ป่วยในรูปแบบ day care ในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก จำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดา ภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในสถานสงเคราะห์ จำนวน 8 คน พบว่าภายหลังการให้การบำบัดทางปัญญามีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในสถานสงเคราะห์ลดลงทั้งในระยะหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันที และระยะติดตามผลหลังการบำบัดทางปัญญาลิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

จารุณี มโนรา (2546) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่ จำนวน 40 คนพบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดภาวะ-

ซิมเซว้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ในระยะหลังได้รับการสร้างจินตภาพทันที่มากกว่าในระยะติดตามผล I สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นในการลดภาวะซิมเซว้าพยาบาลควรส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซิมเซว้าได้มีการฝึกสร้างจินตภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้ความคิดด้านลบในตนเองลดลง และมีความคิดด้านบวกในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถลดภาวะซิมเซว้าได้อย่างต่อเนื่อง

ขวัญจิต มหาภคติกุล (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซิมเซว้าในเด็กวัยรุ่น จำนวน 30 คน ได้ผลการศึกษาดังนี้ เด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซิมเซว้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซิมเซว้าหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษารูปได้ว่าโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซิมเซว้าในเด็กวัยรุ่นได้

เดือนใจ โฉตรสมบัติ (2544) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซิมเซว้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสกลนคร เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซิมเซว้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสกลนคร ปีการศึกษา 2543 จำนวน 804 คน จาก 3 โรงเรียนที่สุ่มมาด้วยวิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอนผลการวิจัย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 328 คน (ร้อยละ 40.80) มีภาวะซิมเซว้า กลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาอยู่กับครอบครัวบางโอกาสหรือไม่แน่นอนมีอัตราภาวะซิมเซว้าสูงกว่ากลุ่มที่มีเวลาอยู่กับครอบครัวสม่ำเสมอทุกวัน หรือทุกวันหยุดสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่บิดามารดาประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง มีอัตราภาวะซิมเซว้าสูงกว่าอาชีพอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีมีอัตราภาวะซิมเซว้าสูงกว่ากลุ่มครอบครัวที่มีรายได้สูง นอกจากนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลางกับภาวะซิมเซว้าในนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านพบว่า การแก้ปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซิมเซว้าในนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การเกี่ยวพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลางกับภาวะซิมเซว้าในนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนาวรัตน์ บู่ทอง (2544) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนหนองพระพิทยา อําเภอลำดอง จังหวัดพิจิตร ปีการศึกษา 2543 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม



ทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 6 คน โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจำนวน 12 ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่านักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 โรงเรียนสองพี่น้องวิทยา ที่มีคะแนน CES-D จำนวนทั้งสิ้น 78 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 38 คน พบว่าภายหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

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

อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้ตัวอย่างจำนวน 1,264 ราย อายุ 10-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 14 ปี อัตราส่วนเพศหญิงและเพศชายเท่ากับ 1 ต่อ 1.2 โดยใช้เครื่องมือ CDI พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8 (คะแนน CDI > 15) และร้อยละ 13.3 มีอาการโรคซึมเศร้า (CDI > 12) และปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเครียด และมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะครอบครัวที่แตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา ปัญหาการเรียน และ การที่บิดามารดาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีการศึกษาและรายได้ต่ำ อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2541) ศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ที่วัดสระแก้ว จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 257 ราย พบความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี เท่ากับร้อยละ 34.2 โดยเป็นความคิดอยากฆ่าตัวตาย จำนวน

36 ราย โดยพบว่าร้อยละ 86.1 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 13.9 พยายามฆ่าตัวตายมาในอดีต การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีจิตพยาธิสภาพรุนแรงกว่า โดยพบความชุกของโรคทางจิตสูงกว่า ความผิดปกติพบบ่อยที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีระดับความซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบปัจจัยเครียดทางสังคมพบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของตัวเด็ก การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณทางกาย ในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเพชร แก้วเงิน (2538) ได้ศึกษาความชุก ลักษณะของอาการซึมเศร้า และปัจจัยทางจิต-สังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยใช้เครื่องมือ CID-II และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นเท่ากับ 49.8% และมีความซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 22.5

นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า เลือกตอบคำถามเกี่ยวกับความนึกคิดมากกว่าคำตอบที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าต่างๆ

ผลการเรียนของนักเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวและปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักเรียนที่มีการศึกษาของบิดามารดาต่างกัน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวต่างกัน และบรรยากาศในครอบครัวต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### งานวิจัยในต่างประเทศ

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

- 1) ความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depression disorder) มีไม่มากนักน้อยกว่าร้อยละ 3
- 2) มีการศึกษาพบว่า เด็กรายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ใหญ่
- 3) ครูบ่งชี้ว่า เด็กมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครอง และพบว่ามีความเห็นพ้องระหว่างเด็กกับผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย

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

Hankin , Abramson & Siler (2001) ศึกษาโดยการทดสอบทฤษฎีความรู้สึกหวังของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความรู้สึกสิ้นหวังในวัยรุ่นว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง คือเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยเมื่อเกิดร่วมกันก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้

McGee, Williams & Nada-Raja (2001) ศึกษาความรู้สึกคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในวัยรุ่น และความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งชายและหญิง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวัง โดยวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความรู้สึกสิ้นหวังสูง และวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมีความรู้สึกสิ้นหวังต่ำ และพบว่าวัยรุ่นที่เคยทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตายจะมีระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกสิ้นหวังสูง คือมีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตของตนไปในทางลบ

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

## 7. กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

