

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

.....

นางประเทือง ละออสวรรณ
ผู้ศึกษา

.....

อาจารย์อติตยา พรชัยเกตุ โอว ของ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

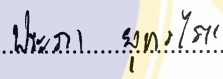
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

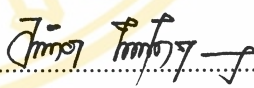
วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2552


.....
นางประเทือง ละออสุวรรณ
ผู้ศึกษา

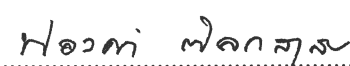

.....
นายบุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์,
ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ค.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


.....
รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์


.....
อาจารย์อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....
รองศาสตราจารย์พองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือ ให้ข้อคิด ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งให้การดูแล ให้กำลังใจผู้ศึกษาเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการศึกษาค้นคว้า จากอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมรองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิริบุญวงศ์ และคณาจารย์ทุก ๆ ท่านในภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ได้ให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งที่ได้รับความกรุณาเป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร และนายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อคิด แนวทางในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจแนวปฏิบัติให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ ได้แก่ แพทย์หญิงปัทมาศิริเวช รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ ผู้ช่วยคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ ดร.วิภาวี เผ่ากันทรกรร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้ตรวจสอบและให้คำแนะนำ ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งดี และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน น้องพยาบาล และเพื่อนร่วมงานในหน่วยงาน ที่ให้ความร่วมมือในการค้นคว้าและรวบรวมเอกสารจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้พิจารณาอนุมัติทุนและเปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อแนะนำ ได้กำลังใจ แรงบันดาลใจ และได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันจากเพื่อนร่วมรุ่นวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข. รุ่น 4 เป็นอย่างดี เพราะทุกคนมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้การศึกษามีประสิทธิภาพ

สุดท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามีน และลูก ๆ ที่ให้กำลังใจ ห่วงใย และให้ความช่วยเหลือตลอดมา รวมถึง คุณสาวิตรี แสงสว่างและคุณกาญจนา สุดใจ ที่ให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้ศึกษาในการค้นคว้า และจัดพิมพ์เอกสารตลอดจนจบการศึกษา

ประเทือง ละออสวรรณ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF
DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

ประเทือง ละออสุวรรณ 4936684 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ, Ph.D. (Nursing),
อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินการใช้ผลงานวิจัยของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา จากการปฏิบัติงานพบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการป้องกันหรือให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า การทบทวนองค์ความรู้พบว่าการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ จากการศึกษาพบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trials จำนวน 5 เรื่องและงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบเป็นอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 1 เรื่อง ภายหลังจากวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยได้ข้อเสนอแนะมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้การบำบัดในรูปแบบกลุ่มจำนวน 10-15 ครั้ง โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 45-90 นาที ซึ่งจะทำให้การบำบัดกับวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางและไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยมีขั้นตอนการบำบัด 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ขั้นตอนที่ 3 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและปัญหา รวมถึงการหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดและปัญหา ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ขั้นตอนที่ 5 สรุปและยุติการบำบัด ทั้งนี้ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการศึกษานำร่อง หากพบว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพดีจึงจะนำไปเผยแพร่ให้กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: วัยรุ่น / การปรับความคิดและพฤติกรรม / อาการซึมเศร้า / แนวปฏิบัติการพยาบาล

155 หน้า

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS**PRATHAUNG LAORSUWAN 4936684 NSMH/M****M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATITTAYA PORNCHAIKATE AU-YEONG, Ph.D. (Nursing), ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.****ABSTRACT**

This thematic paper was conducted with the objective of developing a clinical nursing practice guideline for prevention of depressive disorders in adolescents by using methods of research utilization proposed by Polit and Beck (2006). Currently, in nursing practice there are no guideline for the prevention of depressive disorders in adolescents or methods to help with the reduction of depressive symptoms in at-risk adolescents. From review of the literature, it was found that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has been found to be effective in decreasing depressive symptoms in adolescents. After an appraisal of the research quality and levels of research evidence, 6 studies were used: five randomized controlled trials were employed, and one was a well-designed experimental study without randomization. After an analysis and synthesis of the evidence, the recommendations for clinical nursing practice guidelines using CBT for prevention of depressive disorders were derived, which suggested group cognitive behavioral therapy with 10 to 15 sessions. Therapy consisted of activities conducted weekly for one or two sessions per week with a duration of 45 to 90 minutes. The overall processes of the therapy were establishing the relationship between the therapist and adolescents; creating a link between cognition, emotion, and behavior and performing cognitive restructuring; developing an understanding of stress and problems, and learning stress management and problem solving strategies; social skill training, promoting relationships within the family, and building social support networks; and the final process, summary and termination. Before utilizing the practice guidelines pilot study should be conducted. If the research findings have found the guidelines to be effective, then the guidelines should be disseminated to related agencies for further implementation.

**KEY WORDS: ADOLESCENT(S) / COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY /
DEPRESSIVE SYMPTOMS / CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINES**

155 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการใช้ผลงานวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
ความหมายและการพัฒนาการของวัยรุ่น	7
ความหมายของวัยรุ่น	7
การแบ่งระยะของวัยรุ่น	9
พัฒนาการของวัยรุ่น	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	14
ความหมายของโรคซึมเศร้าและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ	14
DSM-IV TR และระบบ ICD-10	
อาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	17
สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	17
ผลกระทบของโรคซึมเศร้า	21
แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้า	22
แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันของสถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา	22
โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	23
กรอบแนวคิดของการศึกษา	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 การดำเนินการ	27
การเลือกรูปแบบการดำเนินการ	28
การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา	28
การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	29
การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	29
การพัฒนาและการวางแผนการนำนวัตกรรมลงสู่การปฏิบัติ	30
และการประเมินผลลัพธ์	
การประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศึกษาและกระบวนการศึกษา	31
การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา	31
ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน	31
สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนองค์ความรู้	32
การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	33
แนวทางการสืบค้น	32
กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น	33
กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์	34
สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	35
สรุปสาระสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	37
การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	44
การพัฒนาและการวางแผนการนำนวัตกรรมลงสู่การปฏิบัติ	45
และการประเมินผลลัพธ์	
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	46
สรุปการศึกษา	46
ข้อเสนอแนะ	48
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	49
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	65
รายการอ้างอิง	81
ภาคผนวก	87
ประวัติผู้ศึกษา	155

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

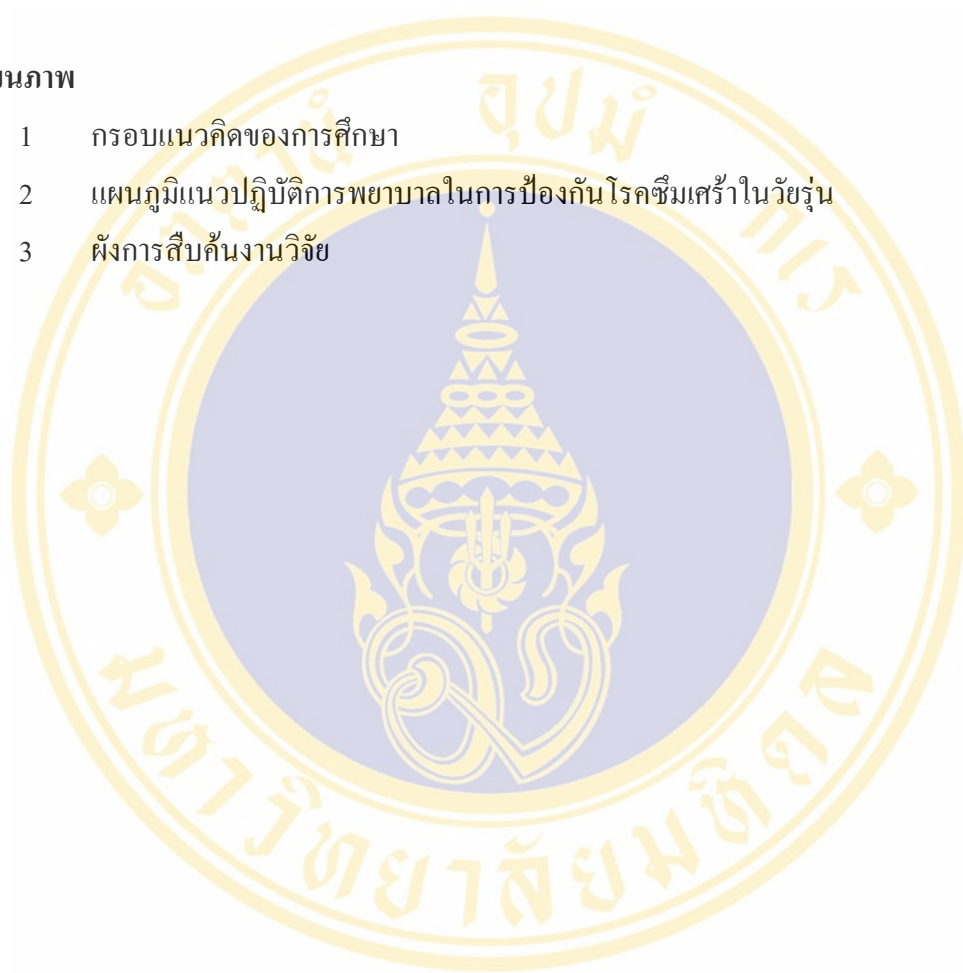
- 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา
- 2 แผนภูมิแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 3 ผังการสืบค้นงานวิจัย

หน้า

27

64

106



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่มักประสบความยุ่งยากอย่างมาก จนมีการเรียกวัยรุ่นว่าเป็น “วัยวิกฤต” เพราะเป็นวัยที่มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุดกว่าวัยอื่น ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) ในช่วงวัยรุ่น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตเต็มที่ ส่วนทางด้านจิตใจวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระ อยากรู้ อยากลอง ชอบเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เป็นวัยที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ มักทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เกิดความสับสนกับชีวิต ซึ่งทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวอย่างมาก หากวัยรุ่นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ การดำเนินชีวิตก็จะผ่านไปได้อย่างดี ในทางตรงกันข้ามหากวัยรุ่นไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้รู้สึกเครียด กอดดัน อาจเกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ปัจจุบันพบว่าประชากรวัยรุ่นทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 1,000 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีประชากรวัยรุ่นจำนวน 20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.3 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ประชากรกลุ่มนี้มีความสำคัญยิ่ง เพราะในอนาคตพวกเขาจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม หากประชากรกลุ่มนี้ขาดคุณภาพ เช่น มีปัญหาสุขภาพจิต หรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมแล้ว ย่อมเกิดอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ (วรางคณา จำปาเงิน, 2547)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบได้มากและได้รับความสนใจอย่างมากทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ การศึกษาจำนวนมากพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 15 – 20 (Birmaher et al, 1996) โดยพบว่าบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มสูงที่จะพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในอนาคต (Weissman et al, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) ในประเทศไทยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2542 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 1 ของผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 4 ในผู้ชายไทย แสดงให้เห็น

ว่าโรคซึมเศร้ามักไม่ทำให้บุคคลสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการที่เป็นอยู่ เป็นระยะเวลานานและส่งผลกระทบต่อสังคมค่อนข้างสูง (ชรินทร์ กองสุข, 2550)

จากการศึกษาระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นมีปัญหาภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง จากการศึกษาของเบญจพร ปัญญา และอลิสรา วัชรสินธุ (2540) ที่ได้ทำการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่มีอายุระหว่าง 10 - 14 ปี จำนวน 1,698 คน พบความชุกของปัญหาทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 37.6 ในจำนวนนี้มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 7.1 นอกจากนี้ อรพรรณ เมฆสุภา (2542) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 1,836 คนโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป พบว่า นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.7 โดยในจำนวนนี้มีนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 15.6 การศึกษาของจุลจราพร ศรีเพชร (2546) ก็พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปพบว่าวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 44.8 นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษาจำนวน 12,933 คน พบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16.4 หรือประมาณ 1 ใน 6 ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจจะมีภาวะซึมเศร้า โดยนักเรียนในกรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดถึงร้อยละ 20.6 จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าวัยรุ่นปัจจุบันต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

การแสดงออกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมักไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่ มักแสดงออกทางพฤติกรรมและอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจจะเกิดโรคซึมเศร้าแฝง โดยแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเป็นเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทำให้พ่อแม่คิดว่าวัยรุ่นมีอาการป่วยทางร่างกาย จากการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2539) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี คือ ภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัวต่อความเครียด ซึ่งเด็กจะมีอาการซึมเศร้าหลังจากมีภาวะเครียดทางสังคม เช่น การเจ็บป่วยของตนเอง การทะเลาะเบาะแว้งของบิดามารดา อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ไม่นาน เมื่อความเครียดหายไปหรือมีการปรับตัวที่ดีขึ้นอาการก็จะหายไป แต่หากความเครียดนั้นเรื้อรัง หรือเด็กไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจนำไปสู่อาการอื่นๆจนถึงการแสดงออกของอาการซึมเศร้าได้ วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าอาจแสดงออกได้หลายด้าน ดังนี้ ด้าน

อารมณ์ วัยรุ่นจะมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิด บางรายอาจมีลักษณะนอนเฉย ไม่โง่เง่า ไม่รู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยสนุก ด้านอาการทางกาย อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือกินจุ นอนไม่หลับ ด้านความรู้สึกนึกคิด มีความคิดอ่านช้า สมาธิไม่ดี ด้านการมองเห็นตนเองและชีวิตจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่น่ารัก รู้สึกผิด รู้สึกหมดหวัง บางรายรู้สึกท้อแท้จนรู้สึกอยากตายได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่มีปัจจัยบางประการที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ถูกคนอื่นดูถูก เรียนไม่เก่ง ไม่มีเพื่อน พ่อแม่และครูไม่รัก หรือไม่ได้รับความยุติธรรม หรือปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในครอบครัว การมาจากครอบครัวที่ยากจน การเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว การสูญเสียบิดามารดา ความขัดแย้งระหว่างบิดามารดา ครอบครัวแตกแยก บิดามารดาร์กูกในบ้านไม่เท่ากัน บรรยากาศในบ้านไม่เป็นสุข บิดามารดาทำงานต่างถิ่นทำให้เด็กถูกดูแลโดยบุคคลอื่น หรือบางครั้งต้องอยู่กันตามลำพังพี่น้อง ทำให้เด็กต้องเผชิญกับภาวะเครียดในหลายด้าน เช่น ความคิด ความสามารถในการจัดการกับปัญหาไม่ดีพอทั้งกับคนในครอบครัว และเพื่อน ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ (กัลญา แก้วอินทร์, 2545)

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจกล่าวคือ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แยกตัว การเรียนตก สัมพันธภาพในสังคมไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรืออาจมีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้สารหรือสารเสพติด วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าอาจมีความต้องการออกไปให้พ้นจากบ้าน ทนสภาพที่บ้านไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมดื้อดึง ไม่ยอมร่วมกิจกรรมกับครอบครัว แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม มักจะหมกมุ่นอยู่ในห้อง ระดับการเรียนรู้ต่ำลงและขาดสมาธิ (ภัทรินาฏ บุญชู, 2543)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าโรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่นและส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัวและสังคม ดังนั้นการมีโปรแกรมในการช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าหรือลดอาการซึมเศร้าก่อนที่จะพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่าการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่หลายโปรแกรม โดยโปรแกรมส่วนใหญ่ที่ได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้านั้น พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เกิดความเข้าใจและยอมรับความคิดในทางลบที่มักเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของตน เผชิญกับความคิณั้นในความเป็นจริง

และทดแทนความคิดเหล่านั้นด้วยความคิดใหม่ที่สร้างสรรค์และอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงมากขึ้น โดยพบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมวัยรุ่นมีอารมณ์ซึมเศร้าลดลง ดังการศึกษาของ พอสเซลและคณะ (Possel et al., 2005) ที่ได้มีการนำโปรแกรม LISA (Ease of Handling Social Aspects in Everyday Life Program) มาใช้ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี จำนวน 347 คน พบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้วัยรุ่นมีอารมณ์ซึมเศร้าลดลงทันทีหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมและได้ผลต่อเนื่องนานถึง 6 เดือน ในขณะที่โชเชตและคณะ (Shochet et al., 2001) ได้ศึกษาโดยใช้โปรแกรม Resourceful Adolescent Program ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 260 คน พบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่าโปรแกรมเหล่านี้ใช้พื้นฐานแนวคิดของการการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพบว่าได้ผลดีสำหรับลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนในชุมชนเขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร จากการติดตามดูแลนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตคลองสานอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ตั้งแต่ปี 2547-2550 จำนวน 200 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นนักเรียนหญิง จำนวน 101 คน และเป็นนักเรียนชาย จำนวน 99 คน อายุอยู่ระหว่าง 10 – 15 ปี อายุเฉลี่ย 12.5 ปี โดยใช้แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน พบความชุกของอาการซึมเศร้าของนักเรียน โดยในปี 2547 มีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ในจำนวนนี้มีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 13 คน และระดับรุนแรงจำนวน 8 คน ในปี 2548 พบนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 12 โดยมีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 15 คน ระดับรุนแรงจำนวน 9 คน ในปี 2549 จำนวนนักเรียนมีอาการซึมเศร้าลดลงเล็กน้อยเหลือจำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 7.5 แต่พบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงยังมีสูงอยู่เป็นจำนวนถึง 8 คน และเมื่อสำรวจต่อเนื่องในปี 2550 ซึ่งเป็นช่วงที่นักเรียนเข้าสู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้ามีจำนวนสูงมากขึ้นถึง 37 คนคิดเป็นร้อยละ 18.5 และที่น่ากังวลก็คือในจำนวนนี้มีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นจำนวนมากขึ้นถึง 22 คน เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดแล้วพบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงนั้นเป็นนักเรียนคนเดิมที่ประเมินพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในปี 2549 และเป็นนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางในปี 2549 ที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นในปี 2550 จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะเมื่อนักเรียนเข้าสู่วัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจค่อนข้างมาก

ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะเครียดและ วิตกกังวลได้ และหากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตายได้ จากการพูดคุยกับนักเรียน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของนักเรียนมีทั้งที่มาจากปัจจัยภายในตัวนักเรียนเอง เช่น การขาดความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง มีความคิดกับตนเองและสิ่งแวดล้อมด้านลบ รู้สึกว่าเรียนไม่เก่ง ทำอะไรไม่ดีเท่าเพื่อน มีความรู้สึกที่ไม่มีใครชอบ ไม่มีใครรัก ทำอะไรผิดพลาด และมีความรู้สึกอยากอยู่คนเดียว และปัจจัยภายนอก เช่น ความยากจน พ่อแม่หย่าร้างกัน มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว หรือเข้ากับเพื่อนไม่ได้

จากการที่ผู้ศึกษารับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต โรงเรียน และพบปัญหาวัยรุ่นในความรับผิดชอบมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยในการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การปฏิบัติเดิมคือ เมื่อพบว่านักเรียนมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (คะแนน CDI ตั้งแต่ 16 ถึง 20 คะแนน) พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของนักเรียนแต่ละราย ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะมีแนวทางและรูปแบบในการให้การปรึกษาที่หลากหลายและแตกต่างกันไป หรือหากพบว่านักเรียนมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (คะแนน CDI มากกว่า 20 คะแนน) จะส่งปรึกษาจิตแพทย์ ซึ่งบ่อยครั้งทางโรงเรียนและผู้ปกครองก็ไม่ได้พานักเรียนมาพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมายไว้ ผู้ศึกษาตระหนักและเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่พบในหน่วยงาน จึงสนใจศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวิธีการหรือรูปแบบเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence - based practice) เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติแก่ทีมสุขภาพ และหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือและช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งจะทำให้การพยาบาลจิตเวชชุมชนมีมาตรฐานและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการใช้ผลงานวิจัย (Main Issue)

ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขคือ การป้องกันวัยรุ่นจากการเป็นโรคซึมเศร้า รวมถึงการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นไม่ให้เกิดการพัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนในการป้องกันหรือช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า กล่าวคือเมื่อประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้แบบประเมิน CDI และพบคะแนนของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง ทางหน่วยงานก็จะส่งปรึกษาจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สำหรับในรายที่มีคะแนนระดับปานกลางก็จะให้คำปรึกษาโดยพยาบาลซึ่งพบว่าพยาบาลแต่ละคนก็จะมีแนวทางการปฏิบัติงานที่หลากหลาย และขาดรูปแบบการประเมินผลที่

ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้บุคลากรมีแนวปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นไปในทิศทางเดียวกัน และได้รูปแบบการปฏิบัติที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefits or outcomes)

- เป็นที่คาดหวังว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจะช่วย
1. ป้องกันวัยรุ่นจากโรคซึมเศร้าโดยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือให้มีอาการซึมเศร้าลดลงและมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น
 2. ทีมสุขภาพสามารถนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
 3. หน่วยงานและองค์กรสาธารณสุขได้แนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานและเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและมีรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการหรือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

1.2 การแบ่งระยะของวัยรุ่น

1.3 พัฒนาการของวัยรุ่น

2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV TR และระบบ ICD-10

2.2 อาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

2.3 สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

2.4 ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้า

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันของสถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine, IOM)

3.2 โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

4. กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework)

ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Adolescence ซึ่งมาจากคำภาษาละตินว่า Adolescere หมายถึง พัฒนาการสู่ความเจริญเติบโต พ้นจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ร่างกายเจริญเติบโต

เต็มที่ เป็นช่วงเปลี่ยนวัย ชีวิตทางสังคม จิตใจ ค่านิยม อุดมคติ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้าน เพื่อทำหน้าที่อย่างเต็มที่ ความเจริญเติบโตมีทั้งส่วนภายนอกที่มองเห็นได้ง่าย เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่าง สัดส่วนของร่างกาย ลักษณะเส้นผม และอื่น ๆ และความเจริญส่วนภายใน เช่น การทำงานของต่อมบางชนิด โครงกระดูกแข็งแรงขึ้น การผลิตเซลล์สืบพันธุ์ของวัยรุ่นชายและการมีประจำเดือนของวัยรุ่นหญิง ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและความรู้สึกนึกคิด โดยเฉพาะมีความคิดอยากเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง และเรียนรู้ความผิดพลาดด้วยตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของคำว่าวัยรุ่นไว้อีกมาก เช่น

ดวงใจ กษานติกุล (2536) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตามด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ซึ่งจะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้

กรมสุขภาพจิต (2544) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นช่วงชีวิตระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญยิ่ง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและสับสนร่วมกันหลายด้าน ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ด้านเพศ ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม เป็นต้น

แจฟฟีและแซนทรอค (Jaffy and Santrock, 1998) ให้คำจำกัดความว่า วัยรุ่นเป็นระยะที่กำลังพัฒนาจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่า เป็นวัยในช่วงอายุ 10-19 ปีที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย คือมีการเจริญเติบโตทางด้านความสูงและน้ำหนัก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีพัฒนาการด้านจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมมากขึ้น รวมถึงพัฒนาการทางด้านสังคม มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งตนเอง

สรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีอายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี ที่มีการเจริญเติบโตจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม มีความต้องการความเป็นอิสระไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น และสามารถดูแลรับผิดชอบตนเองได้มากขึ้น

การแบ่งระยะของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงระยะพัฒนาการของชีวิต ระหว่างช่วงปลายของวัยเด็กไปสู่การเริ่มต้นเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2544) ได้แบ่งระยะของวัยรุ่นเป็น 3 ระยะคือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) อายุ 10 – 13 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) อายุ 14 – 16 ปี
3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) อายุ 17 – 19 ปี

วันเพ็ญ บุญประกอบ (2545) แบ่งระยะวัยรุ่นเป็น 2 ระยะ คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น อายุ 10 – 15 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง อายุ 16 – 20 ปี

นักจิตวิทยาแบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ระยะคือ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545)

1. วัยรุ่นตอนต้น (Pubertal phase) อายุระหว่าง 10 – 13 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) อายุระหว่าง 14 – 16 ปี
3. วัยรุ่นตอนปลาย (Adolescence proper) อายุระหว่าง 17 – 20 ปี

ถึงแม้การแบ่งระยะของวัยรุ่นจะมีความแตกต่างกันบ้างแต่จะพบว่าวัยรุ่นนั้นเป็นช่วงวัยระหว่าง 10 – 20 ปี ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการแบ่งระยะของวัยรุ่นเป็น 3 ระยะตามการแบ่งของกรมสุขภาพจิต

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุระหว่าง 11 – 13 ปี ในวัยนี้วัยรุ่นทั้งสองเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความคิดอย่างมาก ซึ่งมีช่วงเวลาประมาณ 2 ปี การเจริญเติบโตทางร่างกายในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก กล่าวคือ เด็กชายจะมีพัฒนาการเกี่ยวกับหน้าที่ทางเพศสามารถหลั่งน้ำอสุจิได้ สำหรับเด็กหญิงจะมีพัฒนาการทางเพศคือ มีประจำเดือน หน้าอก และสะโพกขยายใหญ่ขึ้น ส่วนพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจนั้นวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์รุนแรง การแสดงออกซึ่งอารมณ์ต่าง ๆ จะเป็นไปโดยเปิดเผยและตรงไปตรงมา (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545; วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุ 14 – 16 ปี วัยรุ่นตอนกลางจะเป็นช่วงที่เริ่มแยกจากครอบครัว ทำตัวห่างเหินกับสมาชิกในครอบครัว เริ่มรวมกลุ่มกับเพื่อนวัยเดียวกันและเพศเดียวกันมากขึ้น จากลักษณะเพศที่ปรากฏอย่างชัดเจนทำให้วัยรุ่นสำนึกในความแตกต่างระหว่างเพศ ช่วงนี้บางคนจะติดกลุ่มเพื่อนมากจนอาจละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบในบ้านที่ได้รับมอบหมาย จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวหรือกับผู้ใหญ่ เริ่มมีการแยกตัวจากผู้ใหญ่มากขึ้น คบกับเพื่อนมากขึ้น แต่ลักษณะการคบเพื่อนในวัยนี้ยังไม่จริงจังอาจเปลี่ยนเพื่อนไปเรื่อย ๆ ตามความพอใจแต่ละระยะ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุ 17 – 19 ปี วัยรุ่นตอนปลายร่างกายทุกส่วนเจริญเต็มที่ บ่งบอกความเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ น้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้น ในด้านการเคลื่อนไหวทั่วไปเริ่มมีจังหวะดีขึ้น เพราะเผชิญกับภาวะ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายมานานพอควรจนเริ่มปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลง อาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นตอนปลายนี้จะมีการปรับตัวได้ดีขึ้นมากและมีลักษณะแบบผู้ใหญ่มากขึ้น เริ่มแยกอารมณ์เป็นประเภทได้ชัดเจน ไม่สับสนวุ่นวาย เช่น อารมณ์รัก อารมณ์สุข ความรู้สึกซาบซึ้ง ความมีน้ำใจต่อผู้อื่น ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ ความรู้สึกเป็นปมด้อย ความรู้สึกผิด ความรู้สึกเศร้า ความวิตกกังวล และความกระวนกระวาย เป็นต้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

จากการแบ่งระยะของวัยรุ่นจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นแต่ละระยะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา คือวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตสังคม ซึ่งจะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆดังต่อไปนี้

พัฒนาการของวัยรุ่น

การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และทางเพศ
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและ อารมณ์
3. การพัฒนาทางด้านสติปัญญาและความคิด
4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางเพศ

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 10 – 15 ปี วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างมาก ในช่วงระยะ 11 – 13 ปี ฮอร์โมนทางเพศเริ่มทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ทั้งเด็กหญิงและเด็กชายเมื่ออายุประมาณ 8 – 10 ปีมาแล้ว พอเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นจะพบว่าวัยรุ่นมี growth spurt วัยรุ่นจะเติบโตรวดเร็วโดยเฉพาะส่วนคอ แขน ขา มากกว่าลำตัว ทำให้วัยรุ่นมีลักษณะเก้งก้าง มีกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีไขมันสะสมตามที่ต่าง ๆ วัยรุ่นหญิงจะมีส่วนขยายเต้านมและสะโพก ในขณะที่วัยรุ่นชายจะขยายส่วนไหล่ แต่ไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในผู้ชายจะลดลง แต่การเติบโตและการขยายของร่างกายแต่ละส่วนอาจเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน หรือไม่เป็นไปตามขั้นตอน (asynchrony) เช่น ร่างกายซีกขวาเจริญกว่าซีกซ้าย แต่จะเจริญเท่าทันกันในระยะท้ายของวัย จึงควรให้ความมั่นใจกับวัยรุ่นเมื่อมีความวิตกกังวล วัยรุ่นจะกินจุและนอนมากขึ้น ร่างกายต้องการการพักผ่อนและต้องการแคลอรีมากกว่าเดิม ต่อมา pituitary และ hypothalamic region เจริญขึ้น มีการ

หลัง growth hormone, gonadotropic hormone, และ adrenocorticotrophic hormone เพิ่มขึ้น ทำให้กระตุ้นอวัยวะเพศให้มีการหลั่งฮอร์โมน เป็นผลให้อวัยวะเพศเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง เช่น วัยรุ่นหญิงมีเต้านมขยายใหญ่ขึ้น มีขนรักแร้ มีขนที่อวัยวะเพศ และมีประจำเดือนตามมา หลังการเจริญเติบโตของอวัยวะเพศ ในวัยรุ่นชายจะมีอวัยวะเพศขยายใหญ่ขึ้น และมีการหลั่งน้ำกามหรือฝันเปียก (seminal emission) มีขนที่รักแร้ ที่อวัยวะเพศ ต่อมาเสียงจะใหญ่ ห้าวขึ้น มีหนวด ขนขึ้นตามตัว การที่วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้นนี้ทำให้บางคนวิตกกังวลกับรูปลักษณ์ของตน โดยเฉพาะเมื่อต้องไข่ม้วนได้ผิวหน้าและต้องเหี่ยวทำงานมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นประสบปัญหาเรื่องผิวและกลิ่นตัว หรือกลัวความอ้วน ในระยะนี้วัยรุ่นจะประสบปัญหาสายตาสั้น ถ้าเป็นอยู่แล้วก็จะสั้นมากขึ้น การที่วัยรุ่นเจริญเติบโตช้าหรือเร็วนั้นมีผลกระทบทางจิตใจด้วย วัยรุ่นหญิงที่เติบโตเป็นสาวจะรู้สึกอาย กังวล อึดอัด และประหม่าต่อการถูกล้อเลียนหรือต่อสายตาผู้ชาย เพราะสภาพจิตใจยังเป็นเด็ก ยังไม่พร้อมรับสภาพความเป็นสาว ในทางตรงข้ามกับวัยรุ่นชาย จะมีความสามารถในการเล่นกีฬา ฟังตนเอง เป็นผู้นำได้ดีกว่า แต่หากวัยรุ่นชายเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าเพื่อนก็จะถูกล้อเลียน กลั่นแกล้ง และมีความรู้สึกภูมิใจในตนเองต่ำ (ดวงใจ กษานติกุล, 2538; วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์

ในช่วงของวัยรุ่นตอนต้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ วัยนี้เป็นวัยที่มีความเครียดหรือวิตกกังวลหลายอย่าง เช่น กังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีความไวต่อคำวิจารณ์ หรือต่อสายตาท่าทีของผู้อื่น ไม่ชอบให้ใครมาพูดถึงกลัวการถูกตำหนิและเปรียบเทียบ ไม่ชอบให้ผู้ใหญ่ออกคำสั่งหรือควบคุม เป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ และฟังตนเอง มักจะทำอะไรด้วยตนเอง มีความรับผิดชอบมากขึ้น รู้จักตัดสินใจ ตกลงใจเรื่องส่วนตัวบางอย่างได้ วัยรุ่นจะวางตัวห่างจากพ่อแม่ ไม่ค่อยไปไหนมาไหนด้วยและแยกตัวตามลำพัง เริ่มวิพากษ์วิจารณ์ ความคิดเห็นไม่ตรงกับพ่อแม่และเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งบ่อยๆ โดยเฉพาะกับแม่ วัยรุ่นทั้งสองเพศจะหันเข้าหาเพื่อนมากขึ้นจึงจำเป็นต้องทำตามเพื่อนและปฏิบัติคล้ายๆ หมู่เพื่อน เช่น แต่งตัวตามสมัยนิยม เป็นต้น และสนใจรับฟังคนนอกครอบครัวมากขึ้น นับถือความคิดเห็นของครูและญาติผู้ใหญ่ ตลอดจนสนใจผู้ที่มิใช่เสียงทางสังคม ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ง่ายและบางครั้งไม่มีเหตุผล อาจมีความวิตกกังวล หงุดหงิด ไม่สบายใจ เครียด หรืออารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้ วัยรุ่นบางคนจะแสดงอารมณ์มากและเป็นไปสุดขีดได้ เช่น คุ้ยกันเสียงดัง หัวเราะส่งเสียงกรี๊ดร้อง หรือร้องไห้อย่างมากต่อเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย หรือวิตกกังวลเกินเหตุ มีความรู้สึกรุนแรงทั้งความเกลียด ความรัก จะทุ่มเทความ

สนใจกับคนที่ตนชอบได้มาก อารมณ์วัยรุ่นจึงค่อนข้างวุ่นวายและเป็นไปรวดเร็ว บางคนมีลักษณะก้าวร้าว ฉะนั้นจึงจำเป็นที่จะอธิบายให้วัยรุ่นรู้จักสาเหตุและความเป็นไปในช่วงเปลี่ยนวัย ให้ความเห็นใจในเรื่องความวิตกกังวล หรือสิ่งที่วัยรุ่นเป็นห่วง แม้อารมณ์จะเกิดขึ้นโดยควบคุมไม่ได้ แต่ให้วัยรุ่นรู้ว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมแสดงออกได้ ความรู้สึกสนใจทางเพศเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้และมีแรงขับทางเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ วัยรุ่นจึงต้องการเรียนรู้เรื่องข่มอารมณ์และรู้จักระบายความเครียด ความกังวล เช่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย เล่นดนตรี ทำศิลปะ หากิจกรรมให้ตนเองเพลิดเพลินและสร้างสรรค์ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

3. การพัฒนาทางด้านสติปัญญาและความคิด

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นอายุประมาณ 11 – 12 ปี จะมีการเจริญเติบโตของสมองและระบบประสาท วัยรุ่นมีความคิดเปลี่ยนจากรูปธรรมเป็นนามธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ได้มีการพัฒนาความคิดในรูปแบบความคิดของผู้ใหญ่ มีความคิดกว้างขวางขึ้น เข้าใจความเป็นจริงได้มากขึ้นและสามารถคิดในเชิงทฤษฎี เป็นเหตุเป็นผล มีสมมุติฐานและพิสูจน์ความจริงได้ เพียเจต์ (Piaget) เรียกความคิดชนิดนี้ว่า Formal operation วัยรุ่นสามารถจินตนาการ เข้าใจในทฤษฎีที่ลึกซึ้งขึ้นได้ สามารถวิจารณ์ เปรียบเทียบ บรรยายได้ละเอียดขึ้น รู้จักคิดแก้ปัญหาได้เอง รู้จักตั้งสมมุติฐานพิจารณาในแง่มุมต่าง ๆ ดึงเอาข้อมูลมาสรุปเป็นเหตุเป็นผล แต่วัยรุ่นมักจะจริงจังกับความคิดของตนเองและยึดหลักความเป็นเลิศและถูกต้อง (idealism) วัยรุ่นจึงมักแสดงอาการรุนแรงและลุ่มหลง มีความเชื่อมั่นอย่างเอาเป็นเอาตาย บางคนถึงกับเลิกสิ่งเก่า ๆ และรับบทบาทและค่านิยมใหม่ แต่เนื่องจากขาดประสบการณ์ที่เอื้อให้ความคิดนั้นลึกซึ้ง ทำให้ความคิดของวัยรุ่นอาจไม่เหมาะสมเท่าที่ควร และสิ่งที่ตามมาคือความยึดมั่นในความคิดที่ตนเองเห็นว่าถูกต้อง สมเหตุสมผล บางครั้งกลายเป็นข้อขัดแย้งของวัยรุ่นกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์มากกว่า อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจะสามารถแยกแยะความแตกต่างในด้านความจริงและความคิดของบุคคลต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้งเมื่อประสบการณ์เพิ่มขึ้น เป็นเหตุที่ทำให้ช่องว่างระหว่างความคิดของวัยรุ่นกับบุคคลอื่น ๆ ลดลง ซึ่งถือว่ามีความวิวัฒนาการทางสติปัญญาโดยสมบูรณ์ วัยรุ่นมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่พัฒนาอย่างเต็มที่ เป็นผลมาจากการดูแลเอาใจใส่ต่อเนื่องจากบิดามารดา เพียเจต์อธิบายว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่สติปัญญาพัฒนาสูงสุด มีความสามารถที่จะคิดอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้วัยรุ่นยังสามารถมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง รู้จักตนเอง มีความเข้าใจโลกภายนอก และพยายามหาข้อบกพร่องเพื่อแก้ไขปัญหาค้นหาให้ดีขึ้น

การมีเพื่อนช่วยเสริมเอกลักษณ์แห่งเพศของวัยรุ่นให้ชัดเจนขึ้น วัยรุ่นรู้จักการคบหาเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศได้เหมาะสม การแสดงออกของวัยรุ่นจะเป็นไปตามสมัยนิยม ผู้ใหญ่ควรสนับสนุนให้วัยรุ่นมีทางออกที่เหมาะสม และเป็นตัวอย่างที่ดี การคบเพื่อนของวัยรุ่นนั้นควรมีเพื่อนคู่หู มีเพื่อนที่เขาไว้วางใจปรึกษาความลับแก่กันและกันได้ วัยรุ่นอาจสนิทใคร่ไปไหน

มาไหนด้วยกันระหว่างเพื่อนเพศเดียวกัน ช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันได้ กลุ่มเพื่อนมีประโยชน์มากที่ต้องสนับสนุน ผู้ใหญ่ควรแยกแยะความถูกต้องที่ปกติและผิดปกติให้เด็กได้รับรู้อย่างชัดเจน พ่อแม่จึงควรใกล้ชิดลูก ปรึกษาหารือกันเรื่องการคบเพื่อน ส่งเสริมการมีเพื่อนที่ดี ควรชี้แนะและสนทนากับวัยรุ่น รับฟังเรื่องราวปัญหาของเขา สอนให้คิดแยกแยะสิ่งที่ถูกต้อง ถ้าพ่อแม่เข้าใจถึงภาวะการเปลี่ยนวัยและภาวะวิกฤตที่วัยรุ่นมีโดยธรรมชาติแล้ว จะช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวได้ดี ทั้งนี้ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีมาตั้งแต่เด็ก วัยรุ่นที่เจริญพัฒนาการตามวัยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่มาตั้งแต่ต้นจะมีอาการต่าง ๆ ไม่มาก และผ่านพ้นระยะต้นของวัยรุ่นไปได้ด้วยดี ตรงข้ามกับวัยรุ่นที่มีสัมพันธ์ไม่ดีกับบุคคลอื่นมาก่อนหรือมีปัญหาแล้วเบื้องต้นจะทำให้วัยรุ่นปรับตัวได้ลำบาก อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวช วัยรุ่นจึงเป็นวัยที่สำคัญที่จะทำให้เกิดปัญหา ดังนั้นพ่อแม่จึงควรเข้าใจวัยรุ่นและมีการให้คำปรึกษาและความรู้ที่จะช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวต่อไปได้ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การมีเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ เด็กวัยชั้นประถมจะต้องรู้จักคบเพื่อน มีเพื่อนสนิท มีเพื่อนเล่น เพื่อเตรียมตัวต่อไปในการปรับตัวเข้าสู่วัยรุ่น มีการศึกษาว่าถ้าเด็กวัยเรียนไม่มีเพื่อนจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงการปรับตัวอย่างลำบากต่อไปในวัยรุ่น การมีเพื่อนส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้สึกมั่นใจเข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อนและคลุกคลีในหมู่เพื่อน จึงเสริมความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ต่อตนเองที่ดี วัยรุ่นจะเลือกคบเพื่อนที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน และมีอะไรทำด้วยกันได้ การให้เป็นที่ยอมรับในหมู่เพื่อนวัยรุ่นจึงจำเป็นต้องมีลักษณะคล้ายหรือเหมือนกลุ่มเพื่อนของตน เช่น การพูดจา กริยาท่าทาง การแต่งตัว ความชอบ เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างสูง วัยรุ่นจะได้เรียนรู้ความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่นได้ รู้จักอาทรห่วงใยผู้อื่นเป็น เพื่อนเป็นที่พึ่งพิงของวัยรุ่น ทำให้เขาห่างพ่อแม่ได้เป็นอิสระมีที่ที่เขาจะอยู่ร่วมกัน ปรึกษาหารือกันได้ เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ถ้าวัยรุ่นขาดเพื่อนจะทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษยสัมพันธ์ มีภาพพจน์ตนเองไม่ดี ความคิดไปในทางลบ มีอารมณ์เศร้า และหันเข้าหายาเสพติดหรือประพฤติด และมีโอกาสเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ การมีเพื่อนทำให้เสริมเอกลักษณ์แห่งเพศของตนด้วย ทำให้วัยรุ่นได้รู้จักบทบาทการคบหาเพื่อนเพศเดียวกันและต่างเพศได้เหมาะสม แต่ถ้ากลุ่มเพื่อนนั้นเป็นเด็กมีปัญหาพฤติกรรมไม่ดี เกเร อันธพาล ทำผิดกฎหมาย ก็อาจชักจูงวัยรุ่นไปในทางที่ผิดได้

โดยสรุป วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นอย่างมากมีความคิดอย่างเป็นระบบมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

อีกทั้งยังมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นมีความสามารถในการเรียนรู้ การใช้เหตุผลสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ความหมายของโรคซึมเศร้าและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV-TR และระบบ ICD-10

ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข ขาดสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลซึมเศร้าจะมีอารมณ์หม่นหมอง เศร้าสลด หดหู่ ท้อแท้ หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตจากการสูญเสียหรือมีการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ทำให้สนใจสิ่งแวดลอมน้อยลง มีความท้อแท้ใจและสิ้นหวังในชีวิต ความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าของตนเองน้อยลง หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ และอาจทำร้ายตัวเองได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่กรมสุขภาพจิต (2546) ได้ให้ไว้ กล่าวคือ โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกสนุกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด หรือหมดเรี่ยวหมดแรง กินไม่ได้นอนไม่หลับ ซึ่งมักจะเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM- IV-TR

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้ (American Psychiatric Association, 2000; ปราโมทย์ สุคนิชย์และมานิชหล่อตระกูล, 2544)

A. มีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการใน 9 อาการ เกิดแทบทั้งวันหรือเป็นเกือบทุกวันติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อนโดยมีอาการหลักอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

(1) อารมณ์ซึมเศร้า ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น

(2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ซึ่งไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากอาการเจ็บป่วยทางกายหรือ mood incongruent, delusions หรือ hallucination

อาการของโรคซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้มาจากการบอกเล่าของบุคคล เช่น รู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า และจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้ (ซึ่งในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้)

2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน

3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

5. Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงความรู้สึกของบุคคลว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป เกินควร แทบทุกวัน

8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน

9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ โดยไม่ได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้นั่นเอง

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น ยาเสพติด หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย เช่น hypothyroidism

E. อาการไม่เข้ากับ bereavement กล่าวคือบุคคลต้องมีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD - 10

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

G1 A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ

1. อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
2. ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน

C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อคือ

1. ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
2. ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
3. คิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
5. การเคลื่อนไหวและความคิดช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
6. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมาก

เพราะกินจุ

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งระดับซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ คือ

1. อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depressive episode) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ
2. อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depressive episode) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ
3. อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depressive episode) มีอาการหลัก และอาการรอง ทุกข้อ

G2 ไม่เคยมีอาการ hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

G3 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

โดยสรุป โรคซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงออกถึงอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข รู้สึกเศร้าหมอง สลดหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ซึ่งจะมีผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น แยกตัวเอง เจ็บซึม ความสนใจในสิ่งแวดลอมน้อย ไม่อยากทำอะไร ขาดสมาธิ มองโลกในแง่ร้าย และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้

อาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีอาการคล้ายคลึงกับในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรง ไม่อยากทำอะไร พบปัญหาการกิน บางรายเบื่ออาหาร บางรายกินมากขึ้น ปัญหาการนอน อาจเป็นได้ตั้งแต่นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้รู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวัน วัยรุ่นที่ซึมเศร้าบางรายจะหมกมุ่น คิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและท้อแท้ในชีวิต ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ศิริอร ฤทธิ์ไตรรัตน์, 2544)

วัยรุ่นที่มีอารมณ์ซึมเศร้าอาจจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมและอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง (masked depression) โดยจะแสดงอาการในลักษณะต่อต้านเพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจเขา และพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจเกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบความมั่นใจในตนเอง จะทำให้เกิดปัญหาร่วมเพศหรือความสับสนทางเพศได้ บางคนอาจบ่นถึงสภาพความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้พ่อแม่คิดว่าเด็กป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยที่ตัวเด็กเองก็หวังว่าการเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลเป็นการหลีกเลี่ยงจากความขัดแย้งที่เขา กำลังเผชิญอยู่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) นอกจากนี้ อุมพร ตรังคสมบัติ (2536) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่นคือภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัวต่อความเครียด (Adjustment disorder with depressed mood) ในโรคนี้เด็กจะมีอาการซึมเศร้าหลังจากมีภาวะเครียดทางสังคม เช่น การเจ็บป่วยของตนเอง การทะเลาะเบาะแว้งของบิดามารดา อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ไม่นานนัก เมื่อความเครียดหายไปหรือมีการปรับตัวที่ดีขึ้น อาการก็จะหายไป วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีการแสดงออกในหลายด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย มักมีอาการเบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ในขณะที่บางคนอาจแสดงออกด้วยการกินอาหารมากขึ้น มีอาการนอนไม่หลับ หรือบางรายอาจนอนมากกว่าปกติ ด้านอารมณ์วัยรุ่นจะมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิด บางรายอาจมีลักษณะฉุนเฉียว โมโหง่าย ไม่รู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยสนุก ด้านความรู้สึกนึกคิดมีความคิดอ่านช้า สมาธิไม่ดี ด้านการมองตนเองและชีวิตจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ดี ไม่น่ารัก รู้สึกผิด รู้สึกชีวิตหมดหวัง บางรายรู้สึกท้อแท้จนถึงรู้สึกอยากตาย นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นอาจมีท่าทีต่อต้านหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความต้องการออกไปให้พ้นจากที่บ้าน ทนสภาพที่บ้านไม่ได้ หรือพฤติกรรมคือดึง ไม่ยอมร่วมกิจกรรมกับครอบครัว แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม มักจะหมกมุ่นอยู่ในห้อง และระดับการเรียนต่ำลง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2536)

กล่าวโดยสรุป วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า อาจจะไม่ได้แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่จะแสดงออกมาในลักษณะของอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด หรือไม่

ร่าเริงแจ่มใส และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ มีความคิดด้านลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เรียนหนังสือไม่เก่ง นอกจากนั้นยังมีอาการที่แสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหารหรือกินอาหารมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ หรือบางรายอาจนอนมากกว่าปกติ และแยกตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่ พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (neuroendocrine regulation) ซึ่งจะได้นำรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 54 นอกจากนี้ยังพบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน เมื่อคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70 เมื่อศึกษายีนส์ (Gene) ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าพบว่ามียีนส์หลายตัวที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าได้ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2550)

1.2 ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters)

สารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ซีโรโตนิน (serotonin) นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) โดยพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารสื่อประสาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากปริมาณเมตาโบไลต์ของสารสื่อประสาท แต่เนื่องจากระบบการทำงานของสารสื่อประสาทแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการปรับตัวตลอดเวลา การทำงานที่ลดลงจึงเป็นความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของโรคหรือเป็นการปรับตัวของร่างกายต่ออาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้องใช้เวลานานหลายสัปดาห์จึงลดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งยาที่ใช้รักษาอาจเป็นเพียงตัวกระตุ้นให้ระบบการทำงานของ สารสื่อประสาทปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ จากการศึกษานี้สัตว์ทดลอง โดยให้ยารักษาอาการซึมเศร้าหลายสัปดาห์พบว่า ยาทำให้ลดความไว (sensitivity) ของ postsynaptic beta-adrenergic และ 5-hydroxy-tryptamine type 2 (5-HT-2) receptors ดังนั้นอาการซึมเศร้าจึงอาจเกี่ยวข้องกับระบบ postsynaptic beta-adrenergic และ 5-HT-2 ที่มีการทำงานมากเกินไปในโรคซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

1.3 ปัจจัยจากระดับของฮอร์โมน

ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้า พบว่ามีความผิดปกติหลายระบบ โดยพบว่า hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) มีการทำงานเพิ่มขึ้น พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า ได้รับยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol hormone นั้นไม่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin-releasing hormone (TRH) แสดงว่าอาการซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไป โดยทำให้การปรับระดับของฮอร์โมนเสียไป (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

2.1.1 ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีอาการซึมเศร้านักจะมองว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง มีความคิดด้านลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำสิ่งต่าง ๆ ไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่มีกำลังใจในการทำงาน ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้จะนำไปสู่อาการซึมเศร้าและอาจทำร้ายตนเองได้

2.1.2 ด้านบุคลิกภาพ ไม่พบว่าความผิดปกติของบุคลิกภาพ (personality disorder) เป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า แต่ผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิด oral-dependent, obsessive-compulsive และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial และ paranoid ที่มักใช้กลไกทางจิตแบบโทะษภายนอก (projection) เพื่อป้องกันตนเองมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาในผู้ที่เป็โรค major depressive disorder พบว่าผู้ที่มีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปี จะมีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด avoidant, histrionic, narcissistic และ borderline รวมด้วยมากกว่าผู้ที่มีอาการครั้งแรกหลังอายุ 18 ปี ซึ่งสะท้อนถึงความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ รวมถึงการมองสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความวิตกกังวลและมีแนวโน้มที่จะวิจารณ์ตนเองและคนอื่นมาก มักปฏิเสธตนเอง พึ่งพาบุคคลอื่น เรียกร้อง มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและว่างเปล่า และไม่สามารถสนุกสนานหรือผ่อนคลายได้ (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

2.2 ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษาของโนมูรา และคณะ (Nomura et al, 1998) ซึ่งมีการติดตามเด็กที่มีพ่อแม่ป่วยเป็โรคซึมเศร้าในระยะเวลา 10 ปี พบว่าโรคซึมเศร้าในพ่อแม่เป็นตัวทำนาย (predictor) สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในลูกได้ดีกว่าปัจจัยด้าน

ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว อย่างไรก็ตามมีการศึกษาโรคซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทยพบว่านักเรียนที่มีโรคซึมเศร้าสูงจะสัมพันธ์กับภาวะที่ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดี และการมีปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น เพราะนอกจากวัยรุ่นจะขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ใกล้ชิดแล้ว ครอบครัวที่แตกแยกหรือความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดียังทำให้วัยรุ่นขาดแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านจิตใจ ตลอดจนขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

2.3 ปัจจัยของความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการจัดการกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ เป็นที่ทราบกันว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในครั้งแรกจะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่เกิดอาการซึมเศร้าในหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งความเครียดที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามักมีการเปลี่ยนแปลงในสมองระยะยาว แม้จะไม่มี ความเครียดจากภายนอกก็ตาม เช่น ผู้ที่มีความเครียดจากการสูญเสียพ่อหรือแม่ก่อนอายุ 11 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ในภายหลัง โดยความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ พบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นเสมือนปัจจัยเร่งที่ทำให้เกิดความรุนแรง และหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลก็จะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบลาวน์และฮาร์วิส (Brown & Harris, 1987) ได้รายงานถึงปัจจัยความเครียดทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคม เช่น การตายของบุคคลที่รัก

นอกจากนั้นเซลิกแมน (Seligman, 1975) รายงานว่า บุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ เฉยชา หดพลังอำนาจ และมองเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวว่าไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกท้อแท้ ท้ออาลัย และนำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งมีผลต่อบุคคลนั้นทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองสิ้นหวัง และมีความคิดต่อตนเองด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับเบค (Beck, 1973) ที่ได้อธิบายว่าสาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) โดยบุคคลจะมองตนเองว่าไร้คุณค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่งทุกอย่าง และมองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดัน บีบบังคับ และถูกคาดหวัง เรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมด

กำลังใจ นอกจากนี้ยังมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหมดหนทางแก้ไข ซึ่งจะนำไปสู่โรคซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหรือหนีความทุกข์ทรมาน

การจัดการกับปัญหาและความเครียดของบุคคลก็เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่าความสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดประสบการณ์หรือการขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ บางครั้งเมื่อมีปัญหา ก็จะเก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร หรือใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้

โดยสรุป สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้านั้นจะเห็นว่ามีความเกี่ยวพันหลายปัจจัยผสมผสานกัน ทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง และการเสียสมดุลของสารเคมีในร่างกาย ปัจจัยด้านจิตสังคม ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในทางลบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลที่มีโรคซึมเศร้านั้นจะมีความคิดในทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มองสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องเลวร้ายไปหมด มีความรู้สึกว่าตนเองสิ้นหวัง ไร้คุณค่า และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตล้วนเป็นสิ่งที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งต่อตัวของวัยรุ่นเองทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ดังต่อไปนี้ (Badger, 1996)

1. ผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นเอง เช่น สภาพร่างกายทรุดโทรม ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แยกตัว เข้ากับเพื่อนไม่ได้ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า สิ้นหวัง ท้อแท้ เหน็ดเหนื่อย การเรียนแย่ลง มีความคิดด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย ซึ่งทำให้ความคิดค่อนข้างช้า และขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่ยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวล เป็นตรรกะเมื่อถูกถามถึงเรื่องการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเงินต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เสียเวลา เสียการทำงาน ที่ต้องคอยดูแล

3. ผลกระทบต่อชุมชน ทุกคนในชุมชนต้องเป็นภาระและช่วยกันดูแลและเฝ้าระวัง ถ้าวัยรุ่นมีอาการที่ผิดปกติหรือรุนแรงจะให้ความช่วยเหลืออย่างไร เกิดความวิตกกังวลและเป็นตราบาปเกิดขึ้นในชุมชน ถ้าบุคคลนั้นต้องป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

4. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศชาติสิ้นเปลืองงบประมาณและค่าใช้จ่าย ในการรักษาผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งจะต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้น (Murray & Lopez, 1996)

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันของสถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine: IOM) มีการแบ่งกลุ่มผู้มารับบริการออกเป็น 3 กลุ่ม (Mrazek & Haggerty, 1994) กล่าวคือ

1. การป้องกันทั่วไป (Universal prevention) ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพของคนทั่วไปที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (not in distress) ลักษณะเช่นเดียวกับ primary prevention การให้การช่วยเหลือจะเป็นในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมความสามารถทางสังคม เช่น ลดอัตราของโรคซึมเศร้า ลดอัตราพฤติกรรมรุนแรง และลดอัตราการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. การป้องกันกลุ่มเสี่ยง (Selective prevention) เป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคแต่ไม่มีอาการของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง มีปัญหาในการเรียน หรือมีพฤติกรรมเกเร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความยากจน มีความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาไปเป็นโรค แต่ยังไม่ปรากฏอาการของโรค โปรแกรมการช่วยเหลือได้แก่ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมซึมเศร้าซึ่งโปรแกรมเหล่านี้สามารถใช้ได้ในเด็กกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูง การช่วยเหลือจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงหรือส่งเสริมปัจจัยปกป้องต่อการเป็นโรค เช่น ป้องกันพฤติกรรม conduct disorder, depression, และ suicide

3. การป้องกันที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีแนวโน้มจะเป็นโรคนั้น ๆ (Indicated prevention) แสดงถึงการเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง เมื่อประเมินจะพบกลุ่มอาการของโรคปรากฏอยู่แต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เช่น มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่ครบเกณฑ์ของโรคซึมเศร้า หรือมีประวัติการใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์ Drug abuse and drug dependence เป็นต้น

โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่หลายโปรแกรม เช่น การจัดโปรแกรมการป้องกันทั่วไปในโรงเรียน (School-based universal prevention) ได้แก่ โปรแกรมการให้จิตศึกษา (Psychoeducational program) ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการ สาเหตุ และการรักษาโรคซึมเศร้าแก่วัยรุ่น (Clark et al, 1993) หรือ โปรแกรมการให้จิตศึกษาร่วมกับการเสริมสร้างกิจกรรมที่สร้างสรรค์ (Psychoeducational plus positive activity building program) แก่วัยรุ่น (Clark et al, 1993) การศึกษาพบว่าโปรแกรมเหล่านี้ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียน เนื่องจากเนื้อหาที่น่าสนใจให้กับวัยรุ่นในกลุ่มใหญ่อาจขาดความเฉพาะเจาะจงกับวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมายที่มีอาการซึมเศร้าประจวบกับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดสั้นเพียง 3 ครั้ง (Possel, 2005) นอกจากนั้น สเปนซ์และคณะ (Spence et al, 2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับปัญหา (Problem Solving for Life Program) เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยให้วัยรุ่นได้พัฒนาและแยกแยะความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตน โดยวัยรุ่นจะเรียนรู้การปรับกระบวนการคิดและเทคนิคการจัดการกับปัญหา ซึ่งพบว่าโปรแกรมการจัดการกับปัญหานี้สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตามพบว่าโปรแกรมการจัดการกับปัญหาให้ผลดีในระยะสั้นแต่ไม่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ต่อเนื่องในระยะยาวเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งอาจเนื่องจากลักษณะของโปรแกรมที่ค่อนข้างสั้น กล่าวคือใช้เวลาการบำบัด 8-10 ครั้ง (Possel, 2005) นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และมุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งด้านจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาของมูฟสันและคณะ (Mufson et al, 2006) พบว่าการบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลนั้นใช้ได้ผลดีกับผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า การศึกษาในวัยรุ่นนั้นยังมีไม่มาก

นอกจากโปรแกรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว โปรแกรมที่พบว่าได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้า ได้แก่ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) โปรแกรมนี้มีข้อดีสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดคือทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเอง ตระหนักถึงความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและสามารถเชื่อมโยงความคิด และพฤติกรรมเข้าหากัน ตลอดจนสามารถปรับวิธีการคิดและส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในระยะสั้นและได้ผลต่อเนื่องในระยะยาวด้วยโปรแกรมภายใต้แนวคิดนี้มีชื่อเรียกต่างๆ กัน ได้แก่

โปรแกรม การจัดการกับความเครียด (Coping with Stress Course, CWS) คลาร์กและคณะ (Clarke et al, 1995) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเกรด 9 และเกรด 10 จำนวน 150 คน โดยวัยรุ่นในกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรม CWS ส่วนวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าซึ่งประเมินด้วยแบบวัด CES-D น้อยกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมและมีการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม (GAF) ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด อย่างไรก็ตามไม่พบผลต่อเนื่องหลังการติดตามประเมินผล 12 เดือน ภายหลังการบำบัดเสร็จสิ้น

โปรแกรมการพัฒนาแหล่งสนับสนุนสำหรับวัยรุ่น (Resourceful Adolescent Program, RAP) ซึ่งโชเชตและคณะ (Shochet et al, 2001) ได้ทำการศึกษาในวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาเกรด 9 จำนวน 260 คน โดยมีการวัดอาการซึมเศร้าและความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hoplessness) ของวัยรุ่น โปรแกรมจะเน้นที่การเสริมสร้างทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และอาการซึมเศร้าลดลง หลังจากสิ้นสุดการบำบัดและในระยะติดตามผล 10 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน (Ease of Handling Social Aspects in Everyday Life Training: LISA) เป็นโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่พัฒนาโดยพอสเซลและคณะ (Possel et al, 2004) ได้ทำการศึกษาในวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาเกรด 8 จำนวน 324 คน โดยมีการประเมินอาการซึมเศร้า ความคิดโดยอัตโนมัติ และการทำหน้าที่ทางสังคมของวัยรุ่น โปรแกรมจะเน้นให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม การฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง และการฝึกทักษะทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด เป็นเวลา 6 เดือน อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในส่วนของการคิดอัตโนมัติและทักษะการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของเพนซิลวาเนีย (Penn Resiliency Program, PRP) พัฒนาโดยกิลล์แฮมและคณะ (Gillham et al, 2007) ได้ทำการศึกษาในนักเรียน 3 โรงเรียน จำนวน 697 คน โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า CDI (Children's depression inventory) โปรแกรมจะเน้นที่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยจะมีการอภิปรายถึงความคิดอัตโนมัติ และมีการระบุถึงความคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ร้าย การแก้ปัญหา การทำหน้าที่และการฝึกทักษะทางสังคม การเผชิญกับปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลอง 2 โรงเรียน มีคะแนนอาการซึมเศร้าซึ่งประเมินด้วยแบบ

วัด CDI น้อยกว่านักเรียนในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด ที่ระยะ 12, 18, 24 และ 30 เดือน อย่างไรก็ตามพบว่าไม่พบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม PRP กับกลุ่มควบคุมในโรงเรียนที่ศึกษาอีก 1 โรงเรียน ซึ่งผลที่ไม่สอดคล้องกันทั้ง 3 โรงเรียนนั้นก็ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใด อาจเป็นที่สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปของโรงเรียนที่อาจเป็นปัจจัยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรมก็เป็นได้ทั้งนี้ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรม Penn Resiliency Program (PRP) ต่อไป

โปรแกรมการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด(Coping Skill Training Program) ซึ่งกลานา ประทุม (2007) ได้ทำการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนที่จะเข้าโปรแกรม และโปรแกรมการบำบัดจะเน้นที่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแสดงความคิดเห็น การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในการจัดการกับความเครียด การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นบวก การฝึกทักษะเกี่ยวกับการสื่อสาร ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการจัดการกับปัญหา สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปจะเห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นมีหลากหลาย โปรแกรม โดยส่วนใหญ่จะเน้นที่การปรับความคิดและพฤติกรรม และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับวัยรุ่น โดยเน้นกระบวนการของการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นบวก การสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การฝึกทักษะการเผชิญและการแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และการส่งเสริมการจัดการกับความขัดแย้งภายในครอบครัว การสร้างทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น การฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้นอกจากช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นแล้ว พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และเพิ่มความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับวัยรุ่นด้วย

กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework)

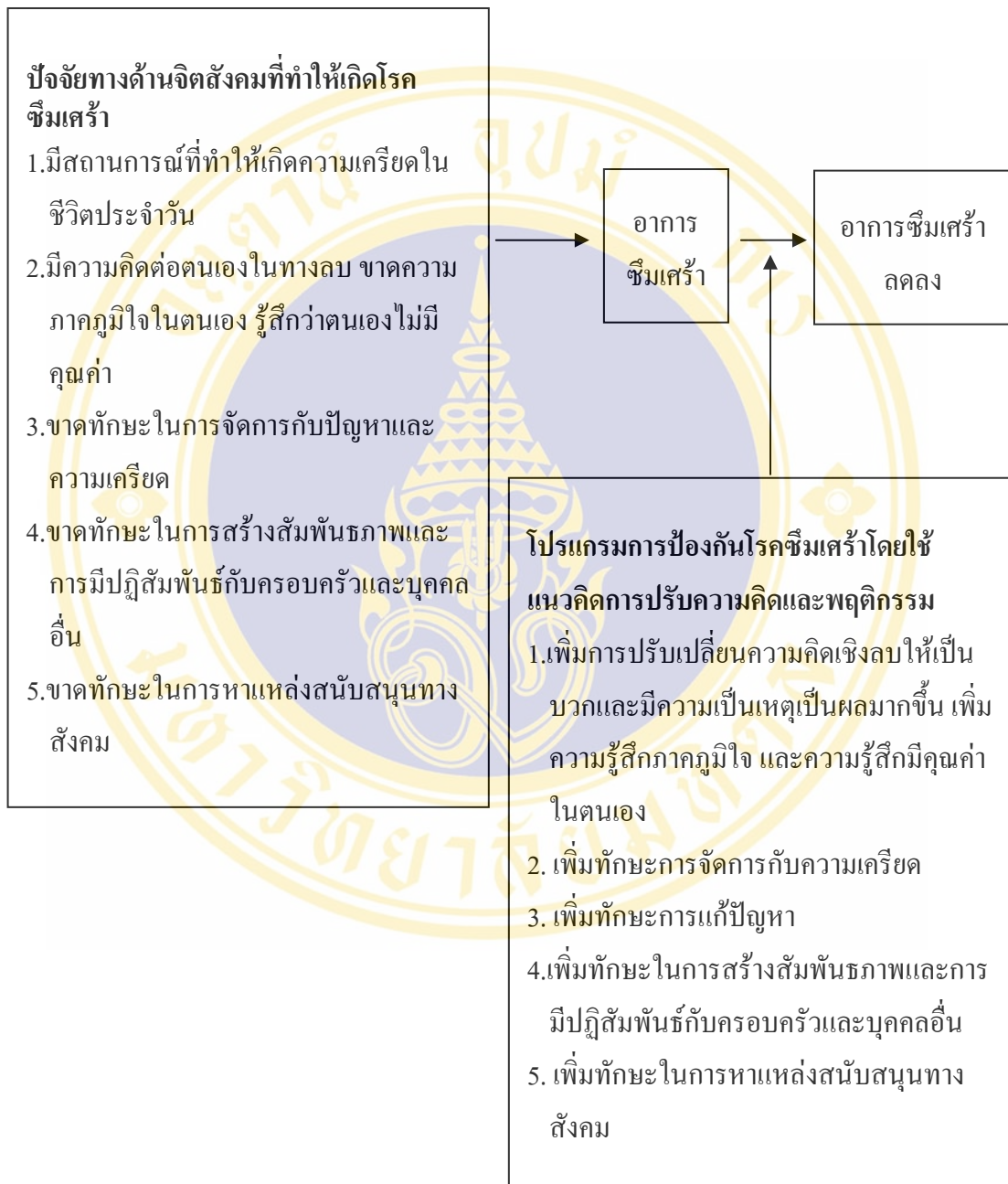
วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจอย่างมาก เป็นช่วงต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และวัยนี้มักจะต้องเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์

พฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม ถ้าวัยรุ่นสามารถผ่านพ้นวิกฤตต่าง ๆ ไปได้ก็จะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้วัยรุ่นเกิด ความเครียด ความวิตกกังวล ความสับสนในชีวิต จนนำไปสู่ความคิด ความรู้สึกในทางลบ และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้

จากการศึกษาและจากประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิด อาการซึมเศร้าในวัยรุ่น กล่าวคือ มีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน มีความคิด ต่อตนเองในทางลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดทักษะในการจัดการ กับปัญหา และความเครียด ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และบุคคลอื่น ขาดทักษะในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องการ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ วัยรุ่นมีความคิดต่อตนเองและสังคมในด้านลบ ขาดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเองในการทำ กิจกรรม และขาดการใช้ทักษะการจัดการกับปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ เช่น อาจมีการแสดงออก ของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือบางคนอาจแยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับ ใคร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและอาจรุนแรงถึงการคิดฆ่าตัวตายได้หากไม่มีการ ป้องกันหรือช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่นๆ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปิพิชญา แสงเอื้ออังกุลและวนิดา พุ่ม ไพศาลชัย, 2543)

โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมจะ ช่วยให้ผู้วัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นบวกมากขึ้นรวมถึงมีความคิดที่เหมาะสมเป็น เหตุเป็นผลมากขึ้น เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจ และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มทักษะในการ จัดการกับความเครียด เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการมี ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่น ตลอดจนเพิ่มทักษะในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อ ต้องการความช่วยเหลือ โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดการปรับความคิดและ พฤติกรรมนอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นแล้ว ยังเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันให้ผู้วัยรุ่นในการ ป้องกันตนเองจากการเป็นโรคซึมเศร้าอีกด้วย

กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework)



บทที่ 3

การดำเนินการ

การเลือกรูปแบบการดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบขั้นตอนการดำเนินงานและการประยุกต์ใช้กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยสรุป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a Topic or Problem)

เป็นขั้นตอนของการเลือกประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา เพื่อนำมาศึกษา และทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการระบุปัญหานั้น ได้มาจากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะ คือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานทางคลินิกจริง หรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากองค์กร ได้แก่ ข้อมูลจากการพัฒนาคุณภาพหรือการพัฒนาการปฏิบัติงาน ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้เป็นปัญหาที่หน่วยงานหรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานประสบเป็นส่วนใหญ่ ควรเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรและหน่วยงาน จะได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาคุณภาพ

2. ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนความรู้และการค้นคว้าวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับปัญหา เรียกว่า Knowledge Focused Triggers หมายถึง การพิจารณาปัญหาทางคลินิกจากการทบทวนวรรณกรรมหรือจากเอกสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ที่มีมาตรฐานแนวทางปฏิบัติงานในระดับชาติว่าปัญหานั้นมีความสำคัญ และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานหรือไม่ เพื่อค้นหาสมมุติฐานของปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เป็นขั้นตอนการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหา อาจจะเป็นงานวิจัยเดี่ยวหรืองานวิจัยที่ทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) แล้วนำงานวิจัยนั้นไปประเมินคุณภาพ วิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหา เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน โดยการนำองค์ความรู้ที่ได้มาจากการค้นหางานวิจัยที่มีคุณภาพและมีความเข้มแข็ง สามารถนำงานวิจัยนั้นไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน มีความคุ้มค่า คุ่มทุนและมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินแนวโน้มความเป็นไปได้เมื่อได้ข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นการประเมินแนวโน้มของข้อเสนอแนะนั้น ๆ โดยนำ มาสรุปและบูรณาการ และนำไปใช้ในการปฏิบัติ มีมิติของการประเมิน 3 มิติหลัก คือ

1. การประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ (Transferability) หมายถึง เป็นการเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติสู่สถานการณ์จริง เป็นการประเมินข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติว่าเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ประเมินในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้หรือไม่

2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรในหน่วยงาน ในการนำข้อเสนอไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานจะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกข้อเสนอแนะนั้น ข้อเสนอแนะนั้นมีการรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนข้อเสนอมาไว้ในหน่วยงานหรือไม่ เมื่อมีข้อเสนอแนะไปใช้ในหน่วยงานบรรยากาศเป็นอย่างไร หน่วยงานช่วยส่งเสริมต่อการนำข้อเสนอไปใช้อย่างไร ต้องมีการประเมินว่าบุคลากรอื่น ๆ มีความเห็นชอบ สนใจ สนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือไม่ และถ้ามีการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะเกิดความขัดแย้งในหน่วยงานหรือไม่

ถ้าข้อเสนอจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม ต้องมีการประเมินทักษะของบุคลากรในหน่วยงาน โดยมีการฝึกกันเองหรือเชิญบุคลากรนอกหน่วยงานมาช่วยฝึกในกรณีที่ไม่สามารถฝึกกันเองได้ และหากข้อเสนอจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่

3. สัดส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Cost – Benefit Ratio) ในการนำข้อเสนอไปใช้ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มของผลประโยชน์ที่ได้รับหากมีการนำข้อเสนอไปใช้ และต้องประเมินได้ว่าหากมีการปฏิบัติในรูปแบบเดิมจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร ในส่วนของค่าใช้จ่ายจะต้องประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ หากมีการนำข้อเสนอไปใช้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวว่าเกิดผลดี ผลเสียอย่างไร เมื่อพบว่าข้อเสนอมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้จริง และมีความคุ้มค่า เกิดความยั่งยืนและเกิดการพัฒนาให้ดำเนินการต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา และการวางแผนการนำนวัตกรรมลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

เป็นขั้นตอนการพัฒนาแผนเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติจริง รวมถึงการประเมินนวัตกรรมโดย

1. การวางแผนการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ ตั้งแต่การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการตามเป้าหมายและวิธีการ ระยะเวลา ความถี่ของการประเมินผลลัพธ์
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ต้องการประเมินและพิจารณาว่าผลลัพธ์ใดมีความเหมาะสมที่จะพัฒนาโดยใช้นวัตกรรมนี้
3. การจัดทำแนวปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ให้มีความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้ เช่น ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (flow chart) หรือ decision tree
4. การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
5. นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นลงไปใช้ในหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานนำร่อง
6. ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ว่าแนวปฏิบัตินั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ นำไปปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร โดยประเมินผลของกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินมาปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น โดยการวิเคราะห์จากสิ่งแวดล้อม บุคลากร ค่าใช้จ่าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กรอย่างแท้จริง และให้ ย้อนกลับไปประเมินคุณภาพและความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าเหมาะสม

หรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมให้ดำเนินการระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาใหม่ ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 6 – 12 เดือน และมีการเผยแพร่เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่นักปฏิบัติ

การประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศึกษาและกระบวนการศึกษา (Modified framework for the study and study process)

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการในการบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นตามกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2006) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a Topic or Problem)

ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem focused triggers)

จากประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนในชุมชนเขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร จากการติดตามดูแลนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตคลองสานอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2550 จำนวน 200 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นนักเรียนหญิง จำนวน 101 คน และเป็นนักเรียนชาย จำนวน 99 คน อายุอยู่ระหว่าง 10 – 15 ปี อายุเฉลี่ย 12.5 ปี โดยใช้แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน พบว่าความชุกของอาการซึมเศร้า ในปี 2547 มีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 21 คน ในจำนวนนี้มีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 13 คน ระดับรุนแรงจำนวน 8 คน ในปี 2548 พบนักเรียนมีอาการซึมเศร้าจำนวน 24 คน ซึ่งนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 15 คน ระดับรุนแรงจำนวน 9 คน ในปี 2549 จำนวนนักเรียนมีอาการซึมเศร้าลดลงเล็กน้อยเหลือ 15 คน แต่พบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงยังมีสูงอยู่เป็นจำนวนถึง 8 คน และเมื่อสำรวจต่อเนื่องในปี 2550 พบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้ามีจำนวนสูงขึ้นมากถึง 37 คน และที่น่ากังวลก็คือในจำนวนนี้มีนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นจำนวนมากขึ้นถึง 22 คน เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดพบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงนั้นเป็นนักเรียนคนเดิมที่ประเมินพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในปี 2549 และเป็นนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางในปี 2549 ที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นในปี 2550 จะเห็นว่าในสถานการณ์ปัจจุบันนักเรียนวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันทั่วถึง จากการสำรวจและพูดคุยกับนักเรียน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของนักเรียนมีทั้งที่มาจากปัจจัยภายในตัวนักเรียน

เอง เช่น การขาดความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า สิ้นหวัง มีความคิดกับตนเองและสิ่งแวดล้อมด้านลบ รู้สึกว่าเรียนไม่เก่ง ทำอะไรไม่ดีเท่าเพื่อน มีความรู้สึกที่ไม่มีใครชอบ ไม่มีใครรัก ทำอะไรผิดพลาด และมีความรู้สึกอยากอยู่คนเดียว และปัจจัยภายนอก เช่น ความยากจน พ่อแม่หย่าร้างกัน มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและกับเพื่อน

สิ่งกระตุ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge focused triggers)

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นมีปัจจัยการเกิดโรคหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ามักจะมีความคิดต่อตนเองในด้านลบ มองตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจตนเอง ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพหรือมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ และขาดทักษะในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม หรืออาจเกิดความคิดที่เครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความเครียดแต่ไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และนำไปสู่อารมณ์เศร้าได้ (Seligman, 1975) นอกจากนี้การมีความคิดด้านลบ มองเหตุการณ์ในแง่ร้าย มองตนเอง มองสังคมด้านลบ ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกถูกกดดัน และถูกคาดหวังจากสังคมมาก จนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ก็จะนำไปสู่โรคซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1995)

ดังนั้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่าส่วนใหญ่จะใช้แนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้ามลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โปรแกรมการบำบัดที่ใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีหลายโปรแกรมได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับความเครียด (Coping with stress course, CWS) โปรแกรมการพัฒนาแหล่งสนับสนุนสำหรับวัยรุ่น (Resourceful adolescent program, RAP) โปรแกรมการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน (Ease of handling social aspects in everyday life - training, LISA) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของเพนซิลวาเนีย (Penn resiliency program, PRP) โปรแกรมการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น (Effectiveness of coping skill training program on depression in early adolescents) ซึ่งโปรแกรม

เหล่านี้จะมีขั้นตอนที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์และพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นบวกมากขึ้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งและความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นได้รู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียด เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และเพิ่มทักษะในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยวัยรุ่นได้มีทักษะต่างๆ ที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง หากวัยรุ่นสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีก็จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้าหรือช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นรูปแบบของการปรับทางความคิด และพฤติกรรม และมีการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดนี้มีหลักฐานว่าสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง และตอบสนองกับสภาพปัญหาของวัยรุ่นที่พบ

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

แนวทางการสืบค้น (Searching Strategy) เมื่อมีการสรุปสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ศึกษาได้วางแนวทางเพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลการปรับความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

1.1 Population : Key word ที่ใช้คือ Adolescent(s) , Teen(s) , Youth

1.2 Intervention : Key word ที่ใช้คือ School – based program, Cognitive behavioral therapy (CBT)

1.3 Comparison Intervention : -

1.4 Outcome : Key word ที่ใช้คือ Depress(ed), Depression, Depressive symptoms

กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น

มีการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

ฐานข้อมูลที่ได้จากแนวปฏิบัติของสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ www.guidelines.gov

ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - analysis) ได้แก่ www.cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

ฐานข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและการพยาบาล ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, Pub Med

การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

การสืบค้นด้วยมือ (Hand search) งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ปรินญานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, Journal of The American Psychiatric Association

กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (Inclusion Criteria)

เกณฑ์ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น มีดังนี้

ประเภทของหลักฐาน

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
- หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 1 ถึง 3 กล่าวคือ เป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - analysis) เป็นงานวิจัย Randomized control trial (RCT) และเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 15 ปี กล่าวคือ ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 – 2008

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout – Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์คือ

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ Meta – analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง และมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ Systematic review ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (Assessment of Included Studies)

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐาน ได้งานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ จำนวน 6 เรื่อง เป็น Randomized control trial 5 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 1 เรื่อง พบว่ามีเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลลงในตาราง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง) แล้วนำข้อมูลและสาระสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไป หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว จึงนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้

1. จิตแพทย์ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน
2. พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจน

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ระดับของหลักฐาน
1.	- Clarke, G.N., Hawkins,W., Murphy,M.,Sheeber,L.S., Jewinsohn, P.M.,& Seeley,J.R. (1995). Target prevention of unipolar depressive disorder in an At - risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 34 (3), 312 – 321	ระดับ 2
2.	- Shochet, I.M., Dads, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harmett, P.H. & Osgarby, S.M.(2001).The Efficacy of a universal school – based program to prevent adolescent depression. <i>Journal of Clinical Child Psychology</i> , 30 (3), 303 – 315.	ระดับ 3
3.	- Pospel,P., Horn,A.B., Groen,G., & Hautzinger,M. (2004). School – base prevention of depressive symptom in adolescents: A - 6 Month Follow – up. <i>Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry</i> , 43 (8), 1003 – 1010.	ระดับ 2
4.	- Pospel, P., Baldus, C., Horn, A.B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow – up study. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 46 (9), 982 – 994.	ระดับ 2

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	ระดับของหลักฐาน
5.	-Gillham, J.E., Revich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, T.M., Shatte, A.J., Samules, B., & et al. (2007). School – based prevention of depressive symptoms : A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 (1), 9 – 19.	ระดับ 2
6.	- ลลนา ประทุม.(2007). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.	ระดับ 2

สรุปสาระสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจำนวน 6 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่ามีรูปแบบในการช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง ได้แก่การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 10 – 15 ครั้งและพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้ทำการศึกษาจึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยการนำประเด็นและข้อเสนอแนะมารวบรวมเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและลดอาการซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณสมบัติของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1.1 วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่มีพัฒนาการปกติ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโปรแกรม (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2; Shochet et al., 2001: level3; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

1.2 วัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression

Inventory (CDI) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 13- 20 คะแนน (Shochet et al., 2001: level 3; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 23 – 31 คะแนน โดยหากวัยรุ่นมีคะแนน CDI มากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนน CES-D มากกว่า 31 คะแนน หรือจากการประเมินตาม DSM – IV ว่าเข้าเกณฑ์ Major Depressive Disorder (MDD) หรือ Dysthymia หรือปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ จะถูกคัดออกจากการศึกษาเพื่อส่งเข้ารับการดูแลรักษาต่อไป (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2 ; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ผู้ให้การบำบัด ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้ที่มีความชำนาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่นด้านการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับวัยรุ่น (Clarke et al., 1995: level 2 ; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007 : level 2 ; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ผู้ให้การบำบัดจะต้องผ่านการฝึกอบรมและ ศึกษาโปรแกรมการบำบัดทั้งหมดก่อน ให้การบำบัด (Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2)

3. ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม

จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดมีตั้งแต่ 10 – 15 ครั้ง โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 45 – 90 นาที

4. การดำเนินการ

การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีสมมติฐานว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยร่วมกันหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความคิดทางลบที่มีต่อตนเองและสิ่งรอบข้าง และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ดังนั้นการช่วยให้วัยรุ่นได้เห็นถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และการปรับกระบวนการคิด รวมถึงการช่วยให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความเครียดและปัญหาในชีวิต และมีทักษะในการจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหา ตลอดจนการเสริมสร้างทักษะทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการสร้างเครือข่ายทางสังคมจะทำให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น จัดการ

กับปัญหาได้ดีขึ้น และไม่เกิดอาการซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าลดลง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นการคัดกรองและประเมินอาการซึมเศร้ารวมถึงการประเมินในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventory (CDI) นอกจากนี้ยังมีการประเมินความคิดอัตโนมัติโดยใช้เครื่องมือ The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) และการประเมินการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยใช้เครื่องมือ The Questionnaire of Social Support (FESU) (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

2. กระบวนการบำบัดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม

รูปแบบการบำบัดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีรูปแบบการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 10-15 ครั้ง โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 45-90 นาที ในการบำบัดแต่ละครั้งวัยรุ่นจะมีการทำกิจกรรมร่วมกันในชั่วโมงบำบัด รวมถึงมีการมอบหมายการบ้าน และนำการบ้านกลับมาอภิปรายร่วมกันในชั่วโมงการบำบัดครั้งต่อไป (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) โดยมีขั้นตอนซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมและรูปแบบการดำเนินโปรแกรมให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบ

- ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันและแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยอาจใช้กิจกรรมเป็นสื่อ เช่น ให้อธิบายและสัมภาษณ์ตัวเอง

- เมื่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกดีแล้ว ให้สมาชิกทำแบบฝึกหัดโดยให้เขียนคำถามที่จะสัมภาษณ์ตัวเอง ซึ่งจะถามเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทั้งอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แต่ละคนได้พิจารณาถึงอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งแล้วจดบันทึกไว้

- ให้สมาชิกทำการบันทึกเป็นการบ้านเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันและนำสิ่งที่บันทึกเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมาอภิปรายร่วมกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกกลุ่มในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นขั้นของการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดย

- ให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และสะท้อนความคิดของตนเองในสิ่งที่จริงและเป็นประโยชน์ โดยนำบันทึกเกี่ยวกับอารมณ์ที่วัยรุ่นบันทึกไว้มาอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน

- ให้วัยรุ่นได้ สังเกตและเข้าใจถึงสถานการณ์ความคิดด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล โดยช่วยให้วัยรุ่นสามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

- ส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นพลังและความสำคัญของความคิดด้านบวกเป็นการใช้ความคิดเชิงบวก สร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีความคิดในทางบวกกับตนเองและบุคคลอื่น

- ให้วัยรุ่นบันทึกเกี่ยวกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับเหตุการณ์ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น

- ให้วัยรุ่นได้ทบทวนความคิดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางลบ และเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก

- ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีที่จะปรับหรือหยุดความคิดด้านลบ โดยให้มองสิ่งที่ใกล้ตัวก่อน แล้วฝึกปฏิบัติการนำเทคนิคการหยุดความคิดด้านลบมาใช้ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด และเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด โดยให้วัยรุ่นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นไปในทางที่สร้างสรรค์มากขึ้น

- ช่วยให้ผู้วัยรุ่นได้เห็นถึงพลังความคิดที่เกิดขึ้นในทางบวก และความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น

- ให้วัยรุ่นนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงโมการบำบัดไปปฏิบัติต่อบ้านเพื่อเป็นการส่งเสริมสิ่งที่วัยรุ่นได้เรียนรู้และได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจกับความเครียดและปัญหา รวมถึงหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดและปัญหา (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นเรียนรู้วิธีการฝึกและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ

- 1) ช่วยให้ผู้วัยรุ่นทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต
- 2) ช่วยให้ผู้วัยรุ่นได้เห็นถึงความเข้มแข็งและจุดแข็งของตน
- 3) ช่วยให้ผู้วัยรุ่นได้เรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา โดย
 - 3.1) ฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด เช่น
 - ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด
 - ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างสร้างสรรค์
 - ฝึกทักษะการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด
 - 3.2) ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหา ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ให้วัยรุ่นสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 2 ให้วัยรุ่นได้มีการวางแผนและตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ทักษะการวางแผนและการตัดสินใจที่จะนำเทคนิคต่างๆ มาใช้

ขั้นตอนที่ 5 ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ถึงการประเมินผลลัพธ์จากการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา และให้ผู้วัยรุ่นได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการที่แต่ละคนนำมาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างทัศนคติและเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหา
- 4) ให้วัยรุ่นได้ฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการนำทักษะต่างๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะทางสังคม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะทางสังคม เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าที่จะแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ และสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ โดย

ฝึกทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่น โดย

- 1) ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง
- 2) ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกเกี่ยวกับการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองอย่างเหมาะสม การยืนยันสิทธิของตน การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนความสามารถในการขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ซึ่งฝึกโดย
 - ให้อัยกรุ่นได้จินตนาการถึงเรื่องราวและพฤติกรรมการกล้าแสดงออกในสถานการณ์นั้นๆ โดยการฝึกทำเป็นกลุ่มเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้น
 - ให้อัยกรุ่นได้วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสถานการณ์ใดสมควรกล้าแสดงออกและสถานการณ์ใดที่ไม่ควรแสดงออก และควรแสดงออกอย่างไร
 - ให้อัยกรุ่นได้เห็นความสามารถของตนและให้เกิดความมั่นใจในการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

- 1) ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะในการสื่อสารความต้องการต่อกันในเชิงสร้างสรรค์ และเสริมสร้างความปรองดองกันในครอบครัวและหลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง
- 2) ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดีที่สามารถทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้

ฝึกทักษะการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- 1) ให้อัยกรุ่นระบุปัญหาหรือสิ่งที่วัยรุ่นต้องการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
- 2) เสริมสร้างและหาแหล่งสนับสนุนทางจิตใจและช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมเพื่อสร้างกำลังใจให้อัยกรุ่นสามารถติดต่อและขอความช่วยเหลือได้ตามความต้องการ
- 3) ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือการใช้เครือข่ายทางสังคม

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและยุติการบำบัด (Clarke et al, 1995: level 2; Shochet et al, 2001: level 2; Posselt et al, 2004: level 2; Posselt et al, 2005: level 2; Gillham et al, 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ทบทวนกิจกรรมและการเรียนรู้ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการจัดการกับอาการซึมเศร้ารวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ
- ฝึกให้อัยกรุ่นได้เตรียมความพร้อมเมื่อมีอาการซึมเศร้าหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- ให้อัยกรุ่นได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและสรุปผลที่ได้จากการเข้าโปรแกรมการบำบัด เป็นการสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด

การประเมินผลโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้

การประเมินผลหลัก กล่าวคือ การประเมินอาการซึมเศร้า มีการใช้แบบประเมิน 2 แบบคือ

1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) (Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ฤทธา ประทุม, 2007: level2) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่นพัฒนาโดย Maria Kovac (1992) ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ มีการประเมินเป็น 3 ช่วงคะแนน จาก 0 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 2 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือสม่ำเสมอ) โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 54 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 13 -20 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ามาก

2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) ของ Radloff (1977) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเองในด้านพฤติกรรมความรู้สึก อาการต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ ผู้ตอบจะถูกถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน ถ้าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์) ถ้าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง (1 – 2 วันใน 1 สัปดาห์) ถ้าคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3 – 4 วันใน 1 สัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5 – 7 วันใน 1 สัปดาห์) โดยคำถามเชิงลบจะให้คะแนนที่ระบุ ส่วนคำถามเชิงบวกให้คะแนนตรงข้าม ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 – 60 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงมีอาการซึมเศร้ามาก (Possel et al, 2004)

การประเมินผลเครื่องมือ ได้แก่ การประเมินความคิดอัตโนมัติและการสนับสนุนทางสังคม มีการใช้แบบประเมินดังนี้

1) แบบสอบถามความคิดอัตโนมัติ (The Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ) เป็นแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านความคิดอัตโนมัติ ซึ่งใช้สำหรับวัดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นบ่อยมาก แบบสอบถาม ATQ มีความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .96 (Possel et al, 2004)

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Questionnaire of Social Support, FESU) สร้างโดย Bliesener (1991) มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามนี้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่น 3 ด้านคือ ด้านที่ 1 ประเมินบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่วัยรุ่นมี โดยให้วัยรุ่นเขียนถึงบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจ เกณฑ์การให้คะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยของจำนวนบุคคลที่วัยรุ่นสามารถขอความช่วยเหลือได้ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงวัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี ด้านที่ 2 ประเมินความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน และด้านที่ 3 ความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ โดยให้วัยรุ่นคิดถึงบุคคลที่เขาเขียนถึงในด้านที่ 1 และให้คะแนนความถี่และความพึงพอใจในความช่วยเหลือ จาก คะแนน 1 ถึง 5 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงวัยรุ่นมีความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลนั้น และมีความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา(α) เท่ากับ .86 ในด้านที่ 1 (แหล่งสนับสนุนทางสังคม) และเท่ากับ .76 ในด้านที่ 2 (ความถี่) และเท่ากับ .83 ในด้านที่ 3 (ความพึงพอใจ) ตามลำดับ (Possel et al, 2004)

ระยะการติดตามประเมินผล

มีการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และมีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

เมื่อได้ข้อเสนอแนะที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และพบว่าข้อเสนอแนะที่ได้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ กล่าวคือแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริง และมีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านการเสริมสร้างสุขภาพจิตโรงเรียน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มีความคล้ายคลึงกัน คือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า และโปรแกรมการบำบัดสามารถเลือกระยะเวลาให้การบำบัดได้ โดยพยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นได้เนื่องจากอยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อน เพื่อให้เกิดความชำนาญ เกิดความมั่นใจ ซึ่งในระยะแรกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้อาจพบว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน หากพบว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้มีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายผลให้กับเครือข่ายและ

เป็นการลดภาระงานของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ ถ้าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจะมีผลระยะยาวในการลดค่าใช้จ่ายของประเทศและมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาและการวางแผนการนำนวัตกรรมลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะสนับสนุนในการนำไปใช้กับการปฏิบัติงาน โดยผู้ศึกษาจะได้วางแผนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยนำรูปแบบไปทดลองใช้ (pilot study) มีการฝึกอบรมให้กับเครือข่ายกรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาทักษะในการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับหน่วยงานนำร่อง แล้วมีการติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปแล้ว 6 เดือนและ 12 เดือน ผู้รับการประเมินได้แก่วัยรุ่น ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้ในการป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจแล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปเผยแพร่และเกิดประโยชน์กับวัยรุ่น และครอบครัว ตลอดจนพยาบาล ครูแนะแนว หรือผู้ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันโดยให้บริการกับกลุ่มเป้าหมาย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

อุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจอย่างมาก และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นมิสาเหตุจากหลายปัจจัย แม้ว่าในระยะแรกอาการจะไม่รุนแรงก็ตาม ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้อาการซึมเศร้ามากขึ้นอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นวัยรุ่นจึงต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดอาการซึมเศร้า โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินการใช้ผลงานวิจัยของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck , 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การเลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem) คือ ปัญหาที่ได้จากสิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (problem – focused triggers) ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียนของกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากการประเมินอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ตั้งแต่ปี 2547-2550 พบว่าวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นและนับวันจะมีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี ซึ่งหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบแนวทางการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน ถ้าพบว่าวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงจะส่งให้จิตแพทย์ดูแลต่อไป ส่วนปัญหาที่มาจากสิ่งกระตุ้นที่มาจากการทบทวนองค์ความรู้ หรืองานวิจัยต่างๆ (knowledge – focused triggers) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ามีโปรแกรมการบำบัดในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่หลายโปรแกรมและโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพจะมีพื้นฐานการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and evaluating evidence) การประเมินการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นและเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดีเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งได้จากกระบวนการฐานข้อมูล ได้แก่ www.guidelines.gov, www.cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au, Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, Pub Med การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความหรืองานวิจัยต่างๆ หลังการสืบค้น

ได้งานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง แล้วนำงานวิจัยมาหาความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout – Overholt (2005) โดยมีงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial 5 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 1 เรื่อง โดยสกัดเนื้อหาของงานวิจัยลงในตารางตามประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ วัตถุประสงค์งานวิจัย ทฤษฎีสนับสนุนในการวิจัย สมมติฐานงานวิจัย สถานที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ วิธีการบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของงานวิจัย ผลการวิจัย การสรุปเพื่อนำไปใช้ ความสอดคล้องของประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ หลังจากนั้นนำเนื้อหาที่สกัดออกมาเป็นข้อเสนอแนะ แล้วนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการสกัดงานวิจัยได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและนำข้อเสนอแนะไปเขียนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีขั้นตอนการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งมีรายละเอียดคือ 1) คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 2) คุณสมบัติและบทบาทของผู้บำบัด 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด 4) รายละเอียดหรือรูปแบบของการบำบัด 5) การติดตามและประเมินผลของการบำบัด

3. ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) ผู้ศึกษาประเมินความเป็นไปได้ของการปฏิบัติคือมีการถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง พบว่าสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเป็นการทำงานเชิงรุกเข้าไปในชุมชนในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน ลักษณะของกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาล้ำคลึงกันสำหรับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จำเป็นต้องส่งบุคลากรที่รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมจนเกิดความมั่นใจที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ และในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับวัยรุ่นในการลดอาการซึมเศร้า หรือป้องกันโรคซึมเศร้าวัยรุ่นได้นั้นน่าจะมีความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ เพราะวัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญและเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ

4. พัฒนานวัตกรรมนำสู่การปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ (Developing, implementing, and evaluating the innovation) ผู้ศึกษาได้วางแผนการนำนวัตกรรมไปใช้และการประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในโรงเรียนนำร่องในเขต

คลองสาน กรุงเทพมหานคร แล้วมีการติดตามประเมินผลโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยวิเคราะห์จากบุคลากร วิทยุครู ครอบครัว และค่าใช้จ่ายต่างๆหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มีประสิทธิภาพ และนำผลงานไปเผยแพร่ในโรงเรียนเพื่อให้เกิดประโยชน์กับครูแนะแนวหรือโรงเรียนอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไปใช้ คือ

1. ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาพัฒนาเป็นคู่มือการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีการเพิ่มเติมรายละเอียดแต่ละขั้นตอนให้มีความชัดเจนก่อน เพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ มีการตรวจสอบความถูกต้องของแนวปฏิบัติ และนำไปใช้ในโรงเรียนนำร่อง มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้
2. ผู้ให้การบำบัดควรผ่านการฝึกอบรมการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยผู้ให้การบำบัดอาจเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
3. แนวปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียนและความช่วยเหลือที่วัยรุ่นต้องการ
4. การวัดคะแนนอาการซึมเศร้านั้น จะมีการวัด 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนให้การบำบัดสิ้นสุดการบำบัด และระยะติดตามผล อย่างไรก็ตามพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในช่วงระยะสั้น ส่วนผลในระยะยาวนั้นยังไม่คงที่ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปในอนาคตหรือศึกษาเพิ่มเติมถึงโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในระยะยาวรวมถึงการออกแบบโปรแกรมให้มีการกระตุ้นเป็นระยะ
5. ควรมีการขยายผลให้กับเครือข่ายคือครูแนะแนวในโรงเรียน โดยการจัดการอบรมการให้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไปใช้ในโรงเรียนได้กว้างขวางขึ้น
6. โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดได้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัวอีกด้วย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

ประเทือง ละออสุวรรณ 4936684 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อติยา พรชัยเกตุ โอว ของ, Ph.D. (Nursing),
อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่มักประสบความยุ่งยากอย่างมาก จนมีการเรียกวัยรุ่นว่าเป็น “วัยวิกฤต” เพราะเป็นวัยที่มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุดกว่าวัยอื่นๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) ในช่วงวัยรุ่น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตเต็มที่ ส่วนทางด้านจิตใจวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระ อยากรู้ อยากลอง ชอบเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง เป็นวัยที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ มักทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เกิดความสับสนกับชีวิต ซึ่งทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวอย่างมาก หากวัยรุ่นสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การดำเนินชีวิตก็จะผ่านไปได้อย่างดี ในทางตรงกันข้ามหากวัยรุ่นไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้รู้สึกเครียด กดดัน อาจเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบได้มากและได้รับความสนใจอย่างมากทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ การศึกษาจำนวนมากพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 15 – 20 (Birmaher et al, 1996) โดยพบว่าบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มสูงที่จะพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในอนาคต ในประเทศไทยจากการสำรวจของอรพรรณ เมฆสุกะ (2542) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน

1,836 คน พบว่า นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.7 นอกจากนั้นกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา จำนวน 12,933 คน พบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16.4 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550)

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่มีปัจจัยบางประการที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจตนเอง มีความคิดต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมในทางลบ (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) เช่น เรียนไม่เก่ง ไม่มีเพื่อน พ่อแม่และครูไม่รัก หรือไม่ได้รับความยุติธรรม หรือปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว การขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในครอบครัว การมาจากครอบครัวที่ยากจน การเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว และความขัดแย้งระหว่างบิดามารดา (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) นอกจากนั้น การขาดทักษะในการจัดการกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ก็เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ (กัลญา แก้วอินทร์, 2545)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่นและส่งผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัวและสังคม ดังนั้นการมีโปรแกรมในการช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าหรือลดอาการซึมเศร้าก่อนที่จะพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่าการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่หลายโปรแกรม โดยโปรแกรมส่วนใหญ่ที่ได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้านั้น พัฒนขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เกิดความเข้าใจและยอมรับความคิดในทางลบที่มักเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของตน เปรียบเทียบกับความคิดนั้นในความเป็นจริง และทดแทนความคิดเหล่านั้นด้วยความคิดใหม่ที่สร้างสรรค์และอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงมากขึ้น โดยพบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้ามลดลง (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนาประทุม, 2007: level 2)

จากการที่ผู้ศึกษารับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน และพบปัญหาวัยรุ่นในความรับผิดชอบมีอาการซึมเศร้าเป็นจำนวนค่อนข้างมาก โดยในการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การปฏิบัติเดิมคือ เมื่อพบว่านักเรียนมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (คะแนน CDI ตั้งแต่ 16 ถึง 20 คะแนน) พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา

ตามสภาพปัญหาของนักเรียนแต่ละราย ซึ่งพยาบาลแต่ละคนจะมีแนวทางและรูปแบบในการให้การปรึกษาที่หลากหลายและแตกต่างกันไป หรือหากพบว่านักเรียนมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (คะแนน CDI มากกว่า 20 คะแนน) จะส่งปรึกษาจิตแพทย์ ซึ่งบ่อยครั้งทางโรงเรียนและผู้ปกครองก็ไม่ได้พานักเรียนมาพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมายไว้ ผู้ศึกษาตระหนักและเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่พบในหน่วยงาน จึงสนใจศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวิธีการหรือรูปแบบเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติแก่ทีมสุขภาพ และหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือและช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งจะทำให้การพยาบาลจิตเวชชุมชนมีมาตรฐานและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

เป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติ

1. เพื่อป้องกันวัยรุ่นจากโรคซึมเศร้าโดยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือให้มีอาการซึมเศร้ามลดลงและมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น
2. ทีมสุขภาพสามารถนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
3. หน่วยงานและองค์กรสาธารณสุขได้แนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานและเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและมีรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ความเข้มงวดในการสร้างแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบขั้นตอนการดำเนินงานและการประยุกต์ใช้กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 4 ระยะ ดังนี้

1. การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา เป็นการเลือกประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา โดยการระบุปัญหาจากการปฏิบัติงาน หรือเป็นความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับประเด็น เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน โดยการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน มีความคุ้มค่า คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

3. การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ เป็นการประเมินแนวโน้มของข้อเสนอ โดยประเมินจากการปฏิบัติจริง ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน และสัดส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่เกิดขึ้น

4. การพัฒนา และการวางแผนการนำนวัตกรรมลงสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์เป็นขั้นตอนการพัฒนาแผนเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติจริง โดยวางแผนนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน การจัดทำแนวปฏิบัติให้มีความชัดเจน การฝึกอบรมบุคลากร การนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปใช้ในหน่วยงานนำร่อง และการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Problem focused triggers)

จากประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน พบว่าสภาพการณ์ปัจจุบันนักเรียนวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และทันทั่วถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของนักเรียนมีทั้งที่มาจากปัจจัยภายในตัวนักเรียนเอง เช่น การขาดความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง มีความคิดกับตนเองและสิ่งแวดล้อมด้านลบ รู้สึกว่าเรียนไม่เก่ง ทำอะไรไม่ดีเท่าเพื่อน มีความรู้สึกที่ไม่มีใครชอบ ไม่มีใครรัก ทำอะไรผิดพลาด และมีความรู้สึกอยากอยู่คนเดียว และปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม เช่น ความยากจน พ่อแม่หย่าร้างกัน มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และกับเพื่อน

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นมีปัจจัยการเกิดโรคหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้านักจะมีความคิดต่อตนเองในด้านลบ มองตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจตนเอง ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพหรือมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ และขาดทักษะใน

การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม หรืออาจเกิด ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ที่ เกิดขึ้นได้ (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547)

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

ผู้ศึกษาได้วางแนวทางเพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดย สืบค้นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 15 ปี กล่าวคือ ครอบคลุมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 – 2008 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

www.cochrane.org, www.guidelines.gov, www.Joannabriggs.edu.au, Blackwell Synergy, OVID, CINAHL, Science Direct, MEDLINE, Pub Med รวมถึงการสืบค้นด้วยมือ และได้ กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ใน การสืบค้น ดังนี้ Adolescent(s), Teen(s), Youth, School – based program, Cognitive behavioral therapy (CBT), Depress(ed), Depression, Depressive symptoms

การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ จำนวน 6 เรื่อง เป็น Randomized control trial 5 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 1 เรื่อง ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2006) ที่ระบุถึงการประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้และ พิจารณาตามเกณฑ์ Utilization Criteria ที่ประกอบด้วยความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) และแนวโน้มที่จะ นำไปใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งเกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบการ จำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout – Overholt (2005) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ Meta – analysis ที่ตรง กับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง และมาจากงานวิจัย ที่เป็น RCTs

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่ มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ Systematic review ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อเรื่อง	ระดับของหลักฐาน
1. Clarke, G. N., Hawkins,W., Murphy, M., Sheeber, L. S., Jewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Target prevention of unipolar depressive disorder in an At - risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 34 (3), 312 – 321	ระดับ 2
2. Shochet, I. M., Dads, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harmett, P. H. & Osgarby, S. M.(2001). The Efficacy of a universal school – based program to prevent adolescent depression. <i>Journal of Clinical Child Psychology</i> , 30 (3), 303 – 315.	ระดับ 3
3. Possel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2004). School–base prevention of depressive symptom in adolescents: A - 6 Month Follow – up. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 43 (8), 1003 – 1010.	ระดับ 2
4. Possel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow – up study. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 46 (9), 982 – 994.	ระดับ 2

ชื่อเรื่อง	ระดับของหลักฐาน
5. Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samules, B., & et al. (2007). School – based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 75 (1), 9 – 19.	ระดับ 2
6. ลลนา ประทุม. (2007). <i>ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น</i> . วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.	ระดับ 2

ผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจน

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

1. คุณสมบัติของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1.1 วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่มีพัฒนาการปกติ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโปรแกรม (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2; Shochet et al., 2001: level3; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

1.2 วัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 13- 20 คะแนน (Shochet et al., 2001: level 3; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 23 – 31 คะแนน โดยหากวัยรุ่นมีคะแนน CDI มากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนน CES-D มากกว่า 31 คะแนน หรือจากการประเมิน

ตาม DSM – IV ว่าเข้าเกณฑ์ Major Depressive Disorder (MDD) หรือ Dysthymia หรือปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ จะถูกคัดออกจากการศึกษาเพื่อส่งเข้ารับการดูแลรักษาต่อไป (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2 ; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ผู้ให้การบำบัดได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้ที่มีความชำนาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่นด้านการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับวัยรุ่น (Clarke et al., 1995: level 2 ; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007 : level 2 ; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ผู้ให้การบำบัดจะต้องผ่านการฝึกอบรมและ ศึกษาโปรแกรมการบำบัดทั้งหมดก่อนให้การบำบัด (Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2)

3. ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม

จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดมีตั้งแต่ 10 – 15 ครั้ง โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 45 – 90 นาที

4. การดำเนินการ

การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีสมมติฐานว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยร่วมกันหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความคิดทางลบ ที่มีต่อตนเองและสิ่งรอบข้าง และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ดังนั้นการช่วยให้วัยรุ่นได้เห็นถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และการปรับกระบวนการคิด รวมถึงการช่วยให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความเครียดและปัญหาในชีวิต และมีทักษะในการจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหา ตลอดจนการเสริมสร้างทักษะทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการสร้างเครือข่ายทางสังคมจะทำให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น และไม่เกิดอาการซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าลดลง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นการคัดกรองและประเมินอาการซึมเศร้ารวมถึงการประเมินในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventory

(CDI) นอกจากนี้ยังมีการประเมินความคิดอัตโนมัติโดยใช้เครื่องมือ The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) และการประเมินการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยใช้เครื่องมือ The Questionnaire of Social Support (FESU) (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

2. กระบวนการบำบัดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม

รูปแบบการบำบัดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีรูปแบบการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 10-15 ครั้ง โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 45-90 นาที ในการบำบัดแต่ละครั้งวัยรุ่นจะมีการทำกิจกรรมร่วมกันในชั่วโมงบำบัด รวมถึงมีการมอบหมายการบ้าน และนำการบ้านกลับมาอภิปรายร่วมกันในชั่วโมงการบำบัดครั้งต่อไป (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) โดยมีขั้นตอนซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมและรูปแบบการดำเนินโปรแกรมให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบ

- ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันและแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยอาจใช้กิจกรรมเป็นสื่อ เช่น ให้จับคู่และสัมภาษณ์คู่ของตนเอง

- เมื่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกดีแล้ว ให้สมาชิกทำแบบฝึกหัดโดยให้เขียนคำถามที่จะสัมภาษณ์คู่ของตนเอง ซึ่งจะถามเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทั้งอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แต่ละคนได้พิจารณาถึงอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งแล้วจดบันทึกไว้

- ให้สมาชิกทำการบันทึกเป็นการบ้านเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันและนำสิ่งที่บันทึกเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมาอภิปรายร่วมกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกกลุ่มในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level

2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นขั้นของการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดย

- ให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความคิดของตนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และสะท้อนความคิดของตนในสิ่งที่ป็นจริงและเป็นประโยชน์ โดยนำบันทึกเกี่ยวกับอารมณ์ที่วัยรุ่นบันทึกไว้มากอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน

- ให้วัยรุ่นได้ สังเกตและเข้าใจถึงสถานการณ์ความคิดด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล โดยช่วยให้วัยรุ่นสามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

- ส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นพลังและความสำคัญของความคิดด้านบวกเป็นการใช้ความคิดเชิงบวก สร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีความคิดในทางบวกกับตนเองและบุคคลอื่น

- ให้วัยรุ่นบันทึกเกี่ยวกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับเหตุการณ์ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น

- ให้วัยรุ่นได้ทบทวนความคิดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางลบ และเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก

- ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีที่จะปรับหรือหยุดความคิดด้านลบ โดยให้มองสิ่งที่ใกล้ตัวก่อน แล้วฝึกปฏิบัติการนำเทคนิคการหยุดความคิดด้านลบมาใช้ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด และเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด โดยให้วัยรุ่นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นไปในทางที่สร้างสรรค์มากขึ้น

- ช่วยให้ผู้วัยรุ่นได้เห็นถึงพลังความคิดที่เกิดขึ้นในทางบวก และความสามารถของตนในการจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น

- ให้วัยรุ่นนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงการบำบัดไปปฏิบัติต่อบ้านเพื่อเป็นการส่งเสริมสิ่งที่วัยรุ่นได้เรียนรู้และได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจกับความเครียดและปัญหา รวมถึงหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดและปัญหา (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นเรียนรู้วิธีการฝึกและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ

- 1) ช่วยให้ผู้วัยรุ่นทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

- 2) ช่วยให้วัยรุ่นได้เห็นถึงความเข้มแข็งและจุดแข็งของตน
- 3) ช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา โดย

3.1) ฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด เช่น

- ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด
- ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างสร้างสรรค์
- ฝึกทักษะการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด

3.2) ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหา ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ให้วัยรุ่นสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 2 ให้วัยรุ่นได้มีการวางแผนและตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ทักษะการวางแผนและการตัดสินใจที่จะนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้

ขั้นตอนที่ 5 ให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ถึงการประเมินผลลัพธ์จากการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา และให้วัยรุ่นได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการที่แต่ละคนนำมาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างทัศนคติและเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหา

4) ให้วัยรุ่นได้ฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการนำทักษะต่างๆที่ได้จากการเรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะทางสังคม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะทางสังคม เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าที่จะแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ และสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ โดย

ฝึกทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่น โดย

1) ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง

2) ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกเกี่ยวกับการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองอย่างเหมาะสม การยืนยันสิทธิของตน การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนความสามารถในการขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ซึ่งฝึกโดย

- ให้อัยการได้จินตนาการถึงเรื่องราวและพฤติกรรมการกล้าแสดงออกในสถานการณ์นั้นๆ โดยการฝึกทำเป็นกลุ่มเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้น
- ให้อัยการได้วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสถานการณ์ใดสมควรกล้าแสดงออกและสถานการณ์ใดที่ไม่ควรแสดงออก และควรแสดงออกอย่างไร
- ให้อัยการได้เห็นความสามารถของตนและให้เกิดความมั่นใจในการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

1) ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะในการสื่อสารความต้องการต่อกันในเชิงสร้างสรรค์ และเสริมสร้างความปรองดองกันในครอบครัวและหลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง

2) ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดีที่สามารถทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้

ฝึกทักษะการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- 1) ให้อัยการระบุปัญหาหรือสิ่งที่อัยการต้องการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
- 2) เสริมสร้างและหาแหล่งสนับสนุนทางจิตใจและช่วยให้อัยการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมเพื่อสร้างกำลังใจให้อัยการสามารถติดต่อและขอความช่วยเหลือได้ตามความต้องการ
- 3) ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือการใช้เครือข่ายทางสังคม

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและยุติการบำบัด (Clarke et al, 1995: level 2; Shochet et al, 2001: level 2; Posselt et al, 2004: level 2; Posselt et al, 2005: level 2; Gillham et al, 2007: level 2; ลอนา ประทุม, 2007: level 2)

- ทบทวนกิจกรรมและการเรียนรู้ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการจัดการกับอาการซึมเศร้ารวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ
- ฝึกให้อัยการได้เตรียมความพร้อมเมื่อมีอาการซึมเศร้าหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- ให้อัยการได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและสรุปผลที่ได้จากการเข้าโปรแกรมการบำบัด เป็นการสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด

5. การประเมินผลโปรแกรม

5.1 เครื่องมือที่ใช้

การประเมินผลลัพธ์หลัก กล่าวคือ การประเมินอาการซึมเศร้า มีการใช้แบบประเมิน 2 แบบคือ

1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) (Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ถลนา ประทุม, 2007: level2) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่นพัฒนาโดย Maria Kovac (1992) ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ มีการประเมินเป็น 3 ช่วงคะแนน จาก 0 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 2 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือสม่ำเสมอ) โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 54 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 13 -20 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ามาก

2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) ของ Radoff (1977) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเองในด้านพฤติกรรมความรู้สึก อาการต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ ผู้ตอบจะถูกถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน ถ้าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์) ถ้าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (1 – 2 วันใน 1 สัปดาห์) ถ้าคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3 – 4 วันใน 1 สัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5 – 7 วันใน 1 สัปดาห์) โดยคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตามที่ระบุ ส่วนคำถามเชิงบวกให้คะแนนตรงข้าม ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 – 60 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงมีอาการซึมเศร้ามาก (Possel et al, 2004)

การประเมินผลลัพธ์รอง ได้แก่ การประเมินความคิดอัตโนมัติและการสนับสนุนทางสังคม มีการใช้แบบประเมินดังนี้

1) แบบสอบถามความคิดอัตโนมัติ (The Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ) เป็นแบบประเมินที่เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในด้านความคิดอัตโนมัติ ซึ่งใช้สำหรับวัดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นบ่อยมาก แบบสอบถาม ATQ มีความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .96 (Possel et al, 2004)

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Questionnaire of Social Support, FESU) สร้างโดย Bliesener (1991) มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามนี้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่น 3 ด้านคือ ด้านที่ 1 ประเมินบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่วัยรุ่นมี โดยให้วัยรุ่นเขียนถึงบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลาไม่สบายใจ เกณฑ์การให้คะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยของจำนวนบุคคลที่วัยรุ่นสามารถขอความช่วยเหลือได้ คะแนน

ยิ่งสูงแสดงถึงวัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี ด้านที่ 2 ประเมินความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน และด้านที่ 3 ความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ โดยให้วัยรุ่นคิดถึงบุคคลที่เขาเขียนถึงในด้านที่ 1 และให้คะแนนความถี่และความพึงพอใจในความช่วยเหลือ จาก คะแนน 1 ถึง 5 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงวัยรุ่นมีความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลนั้น และมีความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา(α) เท่ากับ .86 ในด้านที่ 1 (แหล่งสนับสนุนทางสังคม)และเท่ากับ .76 ในด้านที่ 2 (ความถี่) และเท่ากับ .83 ในด้านที่ 3 (ความพึงพอใจ) ตามลำดับ (Possel et al, 2004)

5.2 ระยะการติดตามประเมินผล

มีการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และมีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

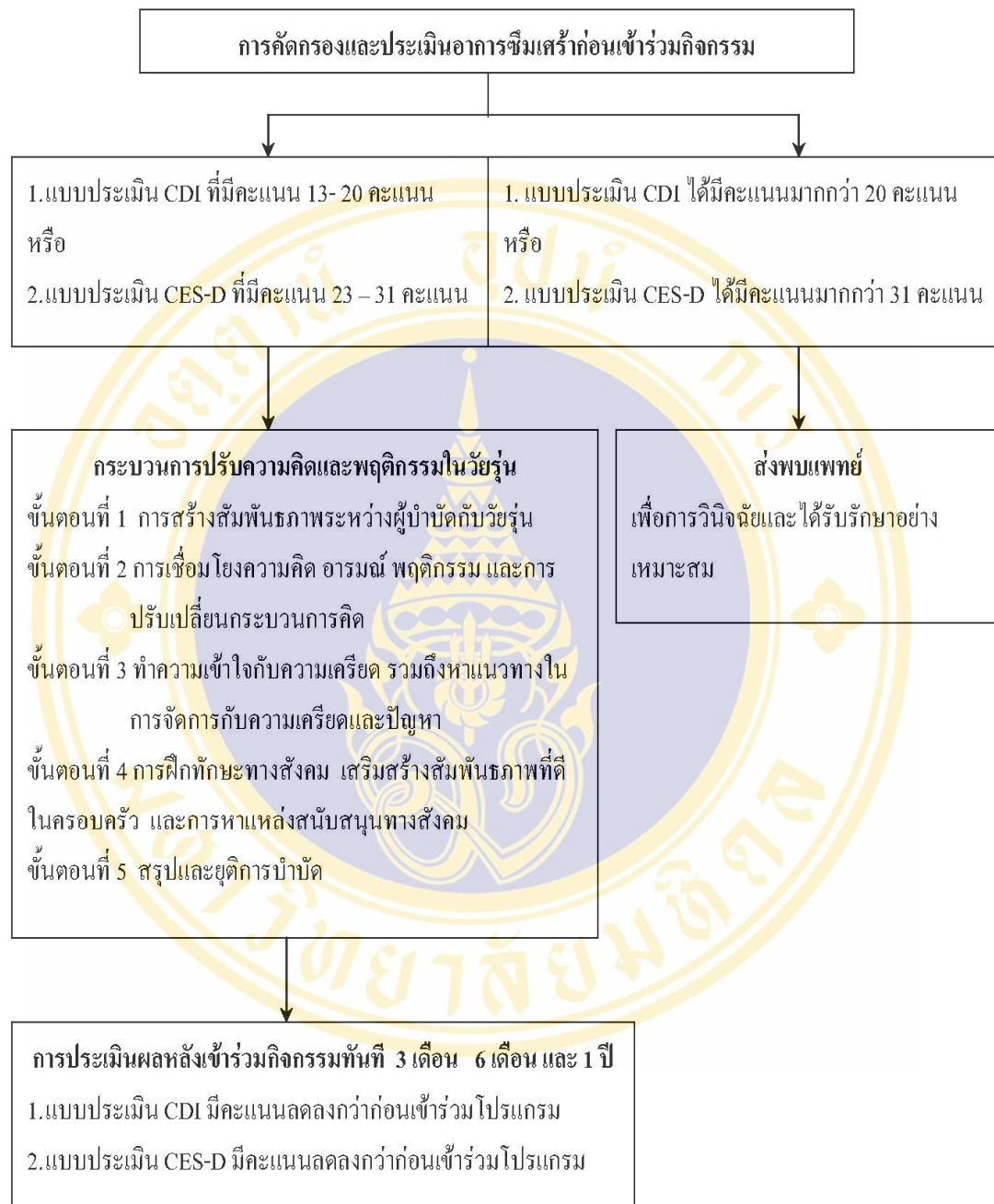
เมื่อได้ข้อเสนอแนะที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และพบว่าข้อเสนอแนะที่ได้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ กล่าวคือแนว ปฏิบัติสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริง และมีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านการเสริมสร้างสุขภาพจิตโรงเรียน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มีความคล้ายคลึงกัน คือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า และโปรแกรมการบำบัดสามารถเลือกระยะเวลาให้การบำบัดได้ โดยพยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นได้เนื่องจากอยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อน เพื่อให้เกิดความชำนาญ เกิดความมั่นใจ ซึ่งในระยะแรกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้อาจพบว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน หากพบว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้มีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายผลให้กับเครือข่ายและเป็นการลดภาระงานของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ ถ้าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจะมีผลระยะยาวในการลดค่าใช้จ่ายของประเทศและมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา และการวางแผนการนำนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะสนับสนุนในการนำไปใช้กับการปฏิบัติงาน โดยผู้ศึกษาจะได้วางแผนทางการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยนำรูปแบบไปทดลองใช้ (pilot study) มีการฝึกอบรมให้กับเครือข่ายกรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาทักษะในการนำแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับหน่วยงานนำร่อง แล้วมีการติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปแล้ว 6 เดือนและ 12 เดือน ผู้รับการประเมินได้แก่วัยรุ่น ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้ในการป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจแล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปเผยแพร่และเกิดประโยชน์กับวัยรุ่น และครอบครัว ตลอดจนพยาบาล ครูแนะแนว หรือผู้ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันโดยให้บริการกับกลุ่มเป้าหมาย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจากผู้เชี่ยวชาญหรืออาจต้องได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะๆ และมีความชำนาญในการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับวัยรุ่น
2. วัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมหรือวัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ อาจทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมอย่างเต็มที่ และอาจทำให้มีความเสี่ยงที่วัยรุ่นเหล่านั้นจะมีอาการมากขึ้น และนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นหน่วยงานที่นำโปรแกรมไปใช้ควรมีการวางแผนการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้ด้วย เช่น การส่งต่อให้พยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาในเบื้องต้นหรือส่งต่อให้อาจารย์แนะแนวของโรงเรียนดูแลต่อไป
3. ชี้แจงถึงปัญหาทางคลินิกแก่หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน เพื่อขอคำแนะนำและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้
4. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเสนอต่อทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นซึ่งให้การดูแลรักษาพยาบาล แล้วร่วมกันแสดงความคิดเห็น นำข้อเสนอแนะที่ได้มาจากทีมสหวิชาชีพมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน



แผนภูมิ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS

PRATHAUNG LAORSUWAN 4936684 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATITTAYA PORNCHAIKATE AU- YEONG, Ph.D. (Nursing), ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Adolescence is a transitional stage that occurs between childhood and adulthood, involving both physical and mental changes. Adolescence is called “critical period” because individuals in this period encounter more distress and confusion than others do. (Sriruen Keawkungwal, 1997) In adolescence, individuals have biological changes and grow rapidly. In mental aspect, adolescents need freedom, have curiosity, and like to try and learn things by themselves. They also have unstable emotion. When facing with social, environmental, or economical changes, they usually have stress, anxiety, or confusion. They need to adapt to the situations. If they do that successfully, their lives will go on well. On the other hand, if they cannot solve the problems, they will feel stress and pressure. Depressive disorders may occur, which finally leads to suicide.

Depressive disorders in adolescents is a frequently found problem and has received great attention in Thailand and other countries. Many studies have found that 15-20% of adolescents have depression. (Birmaher et al, 1996) It was found that individuals who have depressive symptoms at a young age would have high tendency to develop depressive disorders in the future. In Thailand, Orapan Meksupa (1999) studied about depression in 1,836 students in 7th to 9th grades in the schools under

Bangkok Metropolitan Administration. It was found that as many as 40.7% of them had depression. Moreover, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, (2004) conducted a survey on mental health and drug abuse in 12,933 adolescents in high schools and vocational certification levels. It was found that 16.4% of them had depression. (Toranin Kongsook, 2007)

Causes of depressive disorders in adolescents is still unclear. However, there are some factors related to depression in adolescents such as personal factors including feeling of worthlessness, lack of self-esteem, and negative thoughts about self and surroundings.(Sorayut Vasiknanonte, 2004). They may feel that they do not do well in school, have no friend, do not receive affection from parents or teachers, or do not receive fairness. There are also family factors including bad relationship with the family, lack of care, family poverty, mental illness of family members, and conflict between parents. (Sorayut Vasiknanonte, 2004) Furthermore, lack of skills in problem and stress management is another important factor that leads to depression in adolescents. (Kanlaya Kaew-In, 2002)

Depression is an important issue in adolescents and affects themselves, their families, and society. As a result, intervention programs for adolescents to prevent depressive disorder or to reduce depressive symptoms before developing into depressive disorder is crucial. Review of concepts, theories, and researches on prevention of depressive disorders in adolescents reveals many programs that can prevent depression and reduce depressive symptoms in adolescents. Most programs that are efficient in reducing depressive symptoms were developed on the concept of cognitive behavior therapy. The programs help the adolescents understand the relationship between their perception, feelings, thoughts, and behaviors. They understand and accept negative thoughts that usually occur automatically, face those thoughts in reality, and replace them with new creative thoughts that based more on reality. It was found that after attending the programs, they had less depressive symptoms. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007, level 2)

Working in the field of school mental healthcare, the investigator has found quite a large number of adolescents having depressive symptoms. However,

there had been no guideline or model to help them. The original practice was that when a student had moderate depressive symptoms (CDI score of 16-20), a nurse would give advices according to the nature of the problems of each student. Although, the nurses had a broad range of concepts and models in giving advices. If a student had severe depressive symptoms (CDI score of 20 or more), he/she would be referred to a psychiatrist. However, in many cases, the school or the parents did not bring the student to the psychiatrist as appointed. The investigator does realize the importance of solving the problems in the line of work and has a strong desire in gathering and studying the interventions to reduce depressive symptoms and to prevent depressive disorders in adolescents using an evidence-based practice. The objective is to adapt the intervention programs as a guideline for the healthcare teams and public health agencies to be able to reduce depressive symptoms in adolescents in order to help them survive the critical period and live normally in the society. Moreover, it will establish the standard and increase the quality of community psychiatric nursing.

Purpose of the Study

To develop an evidence-based clinical nursing practice guideline for prevention of depressive disorders in adolescents.

Objectives of the study

1. To prevent depressive disorders in adolescents and to help reduce with depressive symptoms and enhance social functioning of adolescents who have mild depressive symptoms
2. To provide healthcare teams with a practice guideline to prevent depressive disorders in adolescents.
3. To provide a standard practice guideline to the public health agencies and to enhance the quality of services in order to increase the efficiency of depression prevention in adolescents and to have consistency and integrity in practice.

Procedure in Development of Clinical Nursing Practice Guideline

To develop a clinical nursing practice guideline to prevent depressive disorders in adolescents, the investigator applied methods of research utilization proposed by Polit and Beck (2006). The procedure consists of 4 steps as followings:

1. Selecting a Topic. A clinical problem is identified from the issues found in clinical practice or from the review of the knowledge related to the issues.
2. Assembling and Evaluating Evidence. Gathering all the evidence related to the problem is conducted, followed by evaluating whether the knowledge can lead to the change in the current practice and whether it will be worthwhile and efficient.
3. Assessing the Implementation Potential. It is to determine whether the knowledge can be implemented in the real situation and to evaluate the cost-benefit ratio.
4. Developing, implementing, and evaluating the innovation. Activities in this step are: developing a plan to implement the innovation, gathering basic information, developing nursing practice guideline, training the staff on the guideline, implementing the guideline in a pilot unit, and evaluating the outcomes.

Steps in Development of a Clinical Nursing Practice Guideline

1. Selecting a Topic (Problem focused triggers)

From the investigator's work experience in school mental health care, it was found that students in adolescence currently had a high risk to develop depressive disorders if they do not receive help properly and in time. Factors related to depressive symptoms of the students are both personal factors such as lack of self-confidence, feelings of worthlessness and hopelessness, having negative thoughts about themselves and surroundings, feelings of academic failure or having worse performance than their peers, lack of affection and care, feelings of making mistakes, and isolation; and family and social factors such as poverty, divorced parents, single parent, and bad relationship with family members or friends.

Review of literatures reveals many factors related to depression in adolescents. Those factors can be organized into 2 categories: 1) biological factors such as genetics, neurotransmitter change, and hormone change; and 2) psychosocial

factors, which are personal factors. Adolescents with depression usually have negative self concept, feelings of worthlessness, lack of self-esteem, lack of skills in relationship building or interaction with family or other people, lack of care, and lack of skills to find social support. Moreover, they lack of problem solving skills or cannot handle stress and problems that occur in everyday life. (Sorayut Vasiknanonte, 2004)

2. Assembling and Evaluating Evidence

The investigator developed a plan to assemble the research studies related to the topic, searching for Thai and English full texts published within the last 15 years between the years 1993 to 2008 from the following databases: www.cochrane.org, www.guidelines.gov, www.Joannabriggs.edu.au, Blackwell Synergy, Science Direct, OVID, CINAHL, MEDLINE, and PubMed, including manual search. Keywords for assembling the research studies were specified using PICO format. (Craig & Smyth, 2002) Those keywords are: Adolescent(s), Teen(s), Youth, School – based program, Cognitive behavioral therapy (CBT). Depress(ed), Depression, Depressive symptoms.

Evaluation of the Quality and Strength Level of the Evidence

The assembly of evidence-based practice yielded 6 full-text studies, consisting of 5 randomized control trials (RCTs) and 1 well-designed experimental studies without and randomization. The quality of evidence was evaluated by following the Polit and Beck's Utilization Criteria (2006), which comprises clinical relevance, scientific merit, and implementation potential. The strength of the evidence was assessed according to the strength of evidence scale proposed by Melnyk & Fineout-Overholt (2005) as followings:

Level 1: Evidence from a systematic review or meta-analysis of relevant RCTs or evidence from guidelines from systematic review of RCTs.

Level 2: Evidence from at least one RCT.

Level 3: Evidence from well-designed controlled trials without randomization.

Level 4: Evidence from well-designed case control and cohort study.

Level 5: Evidence from systematic review of descriptive and qualitative studies.

Level 6: Evidence from a single descriptive and qualitative studies.

Level 7: Evidence from opinions or perspectives of experts on the issue and/or report written by expert committee.

Title	Level of Evidence
1. Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. S., Jewinsohn, P. M., & Seeley, J.R. (1995). Target prevention of unipolar depressive disorder in an At - risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 34 (3), 312 – 321	Level 2
2. Shochet, I. M., Dads, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harmett, P. H. & Osgarby, S. M. (2001). The Efficacy of a universal school – based program to prevent adolescent depression. <i>Journal of Clinical Child Psychology</i> , 30 (3), 303 – 315.	Level 3
3. Possel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2004). School – base prevention of depressive symptom in adolescents: A - 6 Month Follow – up. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 43 (8), 1003 – 1010.	Level 2
4. Possel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow – up study. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 46 (9), 982 – 994.	Level 2

Title	Level of Evidence
5. Gillham, J. E., Revich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samules, B., & et al. (2007). School – based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 75 (1), 9 – 19.	Level 2
6. Lalana Prathum. (2007). <i>The Effectiveness of the Program to Develop Skills in Confronting Stress to Conditions of Depression in Early Adolescents</i> . Thesis dissertation, Nursing Science Graduate Studies, Mahidol University.	Level 2

The investigator analyzed the evidences in detail and developed a nursing practice guideline. Content validity and language used were examined by 3 professionals, including a psychiatrist who is an expert in depressive disorders in adolescents, a nurse who has vast experience in adolescent nursing care, and a professor in nursing who has expertise in adolescence depression. After they ensured the content validity, the investigator improved the guideline according to the recommendations with additional help from the advisors to achieve the correct and clear clinical nursing practice guideline.

Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Depressive Disorders in Adolescents

Objective: To prevent depressive disorders in adolescents.

1. Characteristics of the Adolescents Enrolled in the Program. Their characteristics are:

1.1 Between 10 – 15 years of age with normal development and have consents from their parents to participate in the program. (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2; Shochet et al., 2001: level3; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2)

1.2 Have mild to moderate depressive symptoms but not diagnosed as depressive disorders, according to Children's Depression Inventory (CDI) scores of 13 – 20 (Shochet et al., 2001: level 3; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2) or the scores on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) of 23 – 31. If a participant has CDI score more than 20 or CES-D score more than 31 or meets DSM-IV criteria of Major Depressive Disorder (MDD) or Dysthymia or other psychiatric problems, he/she will be excluded from the study to seek treatment. (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2)

2. Characteristics of the Therapists. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2 ; Lalana Pratum, 2007: level 2)

- The therapists include nurses and psychologists who are experts or have experience giving mental health advices to adolescents. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2)
- The therapists must receive training and study the whole intervention program before giving the therapy. (Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2)

3. Length of the Intervention Program

A group cognitive behavioral therapy with 10 to 15 sessions. Therapy consisted of activities conducted weekly for one or two sessions per week with a duration of 45 to 90 minutes.

4. Implementation

Cognitive behavior therapy is a program used to prevent depressive disorders in adolescents. Activities in the program for adolescents focus on establishing the relationship between the therapist and adolescents; creating a link between cognition, emotion, and behavior and performing cognitive restructuring; developing an understanding of stress and problems, and learning stress management and problem solving strategies; social skill training, promoting relationships within the family, and building social support networks. It is found that at the end of the

intervention, depressive symptoms of the adolescents are decreased. The details are as followings:

1. Participant screening and depressive symptoms evaluation as well as evaluation of other related issues. Depressive symptoms evaluation is conducted using Children's Depression Inventory (CDI). The evaluation of automatic thoughts is conducted using the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). And the evaluation of social support was conducted using the Questionnaire of Social Support (FESU) (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2)

2. Cognitive Behavior Therapy

Cognitive behavior therapy for prevention of depressive disorders in adolescents are conducted in a group format. There are 10 – 15 weekly sessions. Each session is 45 – 90 minutes long. In each session, Participants do activities together. There are also homework assignments for participants to do and bring back to discuss in the next session. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2) The program contains phases as followings:

Phase 1: Establishing the relationship between the therapist and adolescents. It is to gain trust from the participants and to inform them of the objectives of the activities. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2) The details of the step are:

- Establishing relationship between the therapists and participants. Informing the participants of the objectives and the pattern of the program.
- Giving the group members an opportunity to be acquainted with each other to build trust. An activity may be useful in this situation such as making a pair and interviewing each other.
- When the group members are acquainted, asking them to write down questions to ask their partners. The questions are about their positive and negative feelings that happen each day. The objective is to have each participant consider his/her feelings each time it happens and record it.

- Giving record of feelings as a homework assignment. Then discuss the feelings and exchange opinions about them in the next session.

Phase 2: Creating a link between cognition, emotion, and behavior and performing cognitive restructuring. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2) It is to make the adolescents understand the relationships between thoughts, feelings, and behaviors. The details are:

- Making the participants understand their automatic thoughts and express their thoughts that are real and useful by discussing the recorded feelings in the sessions.
- Having the participants observe and understand negative or unreasonable thoughts by helping them understand the relationships between occurring thoughts, feelings, and behaviors.
- Encouraging the participants to understand the power and importance of positive thinking and to motivate themselves in changing thinking method to help them think positively about themselves and other people.
- Having the participants record negative thoughts about situations and feelings happening everyday as well as how the participants manage them.
- Having participants review the negative thoughts or situations and compare them to positive situations.
- Teaching participants how to change or stop negative thoughts. Suggesting them to observe the surroundings then letting them practice the negative thoughts stopping technique. It is to feel more confidence and learn how to change the thoughts. Moreover, participants can learn from other people's experience and discuss how to change negative thoughts into creative thoughts.
- Assisting participants to understand the power of positive thinking and to see their abilities to manage the problems.
- Encouraging participants to practice things they learn in the session at home to reinforce the knowledge and use it in daily life.

Phase 3: Developing an understanding of stress and problems, and learning stress management and problem solving strategies (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2) It is to teach the adolescents how to analyze the problems by:

- 1) Helping participants understand stressful situations and problems in life.
- 2) Helping participants see their strengths.
- 3) Teaching participants about the problem management strategies:

3.1) Stress management skills training

- Relaxation technique training
- Training of how to manage feeling creatively
- Self-control skill training (when facing stress)

3.2) Problem management training. There are 5 steps:

Step 1: Be able to identify the problem.

Step 2: Learn how to plan and make decision in solving the problem according to their objectives.

Step 3: Learn how to solve the problem properly.

Step 4: Learn the skills to plan and make decision on various techniques.

Step 5: Learn how to evaluate results from the techniques used to solve the problem. Also, discuss their experience and methods that each one uses to solve problems. This is to build the right attitude and understand the importance of problem solving.

- 4) Encourage the adolescents to practice the skills at home and to use what they have learned in everyday life.

Phase 4: Social skill training, promoting relationships within the family, and building social support networks. (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2) It is to build social skills and self-confidence. The adolescents will be able to express themselves creatively and to ask for support when they need.

Social skill training for adolescents:

1) Building self-confidence

2) Building the skills in expressing their feelings properly, standing by their rights, and asking for assistance and support when they need. The training includes:

- Imagining the situations and the expressive behavior that they will do in those situations. This is a group activity to increase the interaction with other people.

- Analyzing the situations whether or not they should express themselves. If yes, how they should do it.

- The therapists point out the capability of the participants to make them confident in expressing themselves properly.

Promoting relationship within my family

1) Giving communication skills training, encouraging harmony in the family, and avoidance of conflict.

2) Good communication skills can help building relationships with other people.

Building networks

1) Asking participants to identify the problems or issues that they need help from other people.

2) Finding social support and helping the participants reach the social network so that they can contact and ask for help when they need.

3) Providing the training in expressing themselves when they need help or want to use the social network.

Phase 5: Summary and termination. (Clarke et al, 1995: level 2; Shochet et al, 2001: level 2; Possel et al, 2004: level 2; Possel et al, 2005: level 2; Gillham et al, 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level 2)

- Review of activities and knowledge about depressive disorders and depressive symptoms management as well as problem management.

- Training the participants to be prepare if depressive symptoms or changes happen as well as finding social support.

- The participants have the opportunity to give their opinions about the activities and results from the intervention program. Then close the program.

Intervention program evaluation

Measures

The evaluation of the main outcome, which is the depressive symptoms. using 2 measures:

1) Children's Depression Inventory (CDI). (Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; Lalana Pratum, 2007: level2) This 27-item depressive symptoms measure for children and adolescents was developed by Maria Kovac (1992) It is a 3-point scale from 0 (mild depressive symptoms or none) to 2 (severe or frequent depressive symptoms) The total score ranges from 0 – 54. The total scores between 13 -20 indicate moderate depressive symptoms. The higher the total score is, the more severe the depressive symptoms are.

2) The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) developed by Radoff (1977) is a self-report instrument to evaluate depressive symptoms in behaviors, feelings, etc. It consists of 20 questions. 16 of them are negative questions, and 4 of them are positive ones. The questions are divided into 4 categories. 7 of them measure depressed feelings. 4 of them measure positive feelings. 7 of them measure biological symptoms. And 2 of them measure interpersonal relationship. The user is asked how often he/she feels or behaves during the past week. It is a 4-point scale. The score of 0 means rarely or none of the time (less than 1 day in the week). The score of 1 means some or a little of the time (1-2 days in the week). The score of 2 means occasionally or moderate amount of the time (3-4 days in the week). And the score of 3 means most or all of the time (5-7 days in the week). Negative questions are assigned score as stated. But positive questions are assigned scores conversely. The total score ranges from 0 – 60. High total score means severe depressive symptoms. (Possel et al, 2004)

The evaluation of secondary outcomes are automatic thoughts and social support evaluation. The measures are:

1) The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). It measures automatic thoughts for adolescents and adults. It is a 30-item, 5-point scale, ranging from 1-5.

The total scores ranges from 30-150. Higher score means that the automatic thoughts happen very frequently. ATQ has the internal consistency of Cronbach's alpha (α) of .96 (Possel et al, 2004)

2) The Questionnaire of Social Support (FESU) developed by Bliesener (1991) has 6 questions. It evaluates adolescent's social support in 3 aspects: 1. Evaluate the people who provide social support to them. The adolescents were requested to list the people from whom they can ask for help when they have problems. Scoring criteria uses average number of people that the adolescents can ask for assistance. Higher score means they have good social support. 2. Evaluate the frequency in asking for assistance from social support. 3. Evaluate the satisfaction of the assistance. Based on the people on the list, the adolescents rate the frequency and satisfaction, ranging from 1-5. Higher scores mean they ask for help from the person frequently or they satisfy with the help. The internal consistency of Cronbach's alpha (α) .86 in the first aspect (number of social support), .76 in the second aspect (frequency), and .83 in the third aspect (satisfaction) (Possel et al, 2004)

3. Assessing Implementation Potential

From the above evidence, the investigator assessed the implementation potential of the obtained recommendations. It was found that the guidelines have implementation potential. It can be implemented in the real situation and appropriate for the school mental health units because the target group in the evidence is similar to that in the real situation, which are adolescents with depressive symptoms. Nursing staff are able to implement cognitive behavior therapy in adolescents because it is within the scope of practice of mental health and psychiatry nursing. However those who want to implement the guideline need to have training for a use of the guideline and also for the cognitive behavioral therapy in order to be adept and confident. Also, the guideline will be worth to implement because it is efficient in reducing depressive symptoms in adolescents.

4. Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation

After obtaining sufficient evidence from the studies to support the implementation, the investigator will apply the clinical nursing practice guideline for

prevention of depressive disorders in adolescents in a pilot study. The training on cognitive behavioral therapy will be available for the nursing staff responsible for schools under Bangkok Metropolitan Administration. The guideline will be used in a pilot unit. After the implementation, the outcome evaluation will occur at 6 and 12 months on the adolescents, family, and nursing staff who use the guideline. Moreover, implementation costs will be compared with the benefits from prevention of depressive disorders in adolescents. When the nursing staff sees the usefulness of the guideline, it will be recommended widely to benefit more adolescents and families as well as nurses, advising teachers, and those who work on disease prevention so that they can provide the service to the similar target group.

Recommendations in using the nursing practice guideline

1. Users of the guideline must have training in prevention of depressive disorders in adolescents or they may have to be supervised by experts in cognitive behavior therapy regularly and are adept in giving adolescents advices about mental health problems.
2. Adolescents screened as having mild to moderate depressive symptoms but unwilling to attend the program or withdrawing from the program may not receive full benefits from the program. Furthermore, they may have a risk that the symptoms develop into depressive disorders. As a result, working units that use the program should establish a plan to take care of this group of adolescents; for example, referring them to nursing staff to receive pre-counseling or informing the school counselors.
3. Users should inform psychiatric department supervisors or community mental healthcare supervisors about the clinical problems to ask for suggestions and bring in the guideline implementation.
4. Clinical nursing practice guideline for prevention of depressive symptoms in adolescents should be presented to multidisciplinary teams and working units related to adolescent healthcare. The discussion will result in suggestions that can be used to improve the guideline to be more suitable in the real situation.

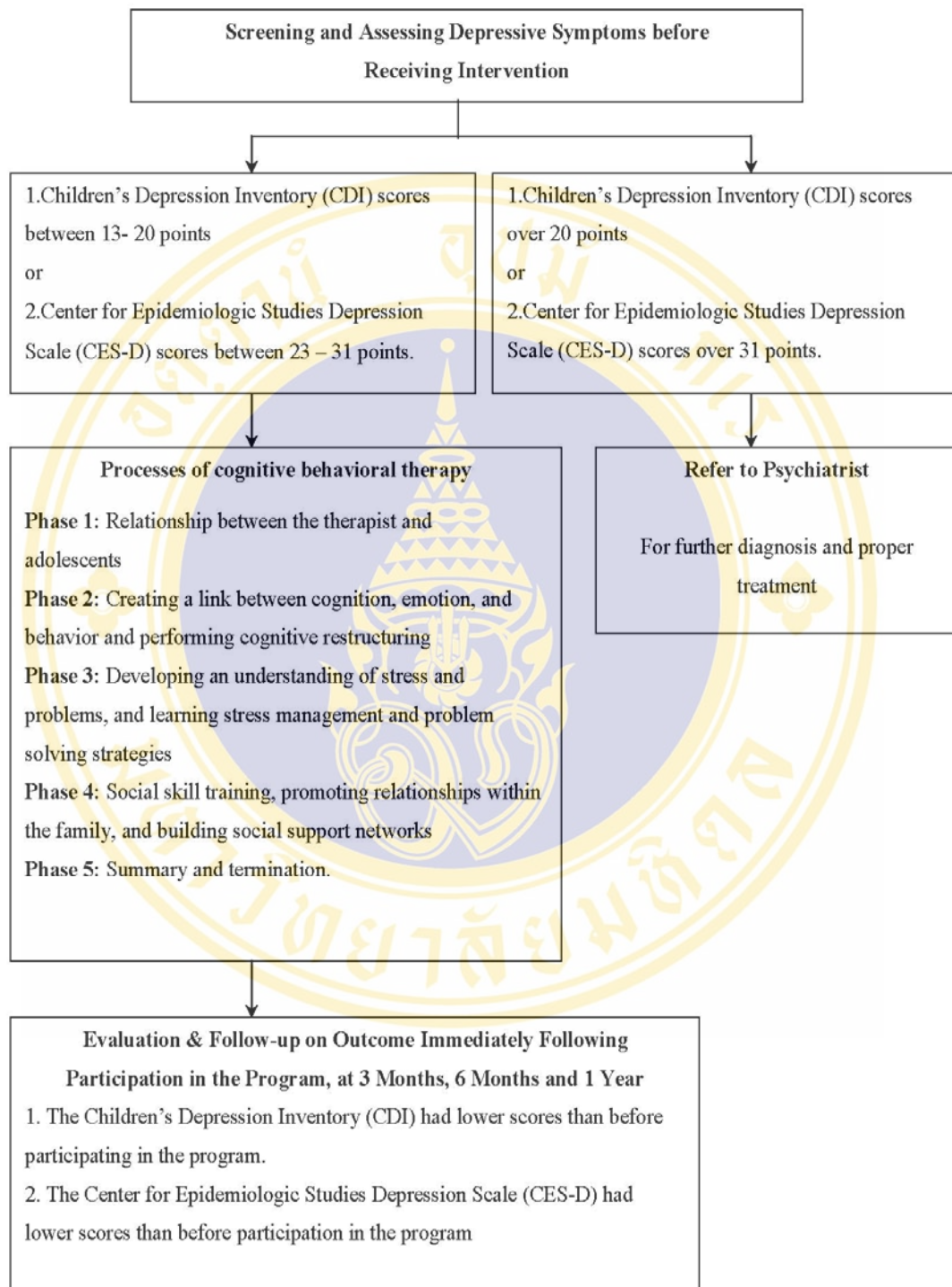


Figure 1 Nursing Practice Guideline for Prevention of development of clinical nursing practice guideline for prevention of depressive disorder in adolescents

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 – 2546*. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *รายงานประจำปี 2546*. นนทบุรี.
- กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชจำแนกตามโรค (คน) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2538 – 2544*.
- กัลญา แก้วอินทร์. (2545). *ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปิพิญา แสงเอื้ออังกุลและวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2543). *การคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- จุลจราพร ศรีเพชร. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงใจ กสาดิกุล. (2536). โรคอารมณ์แปรปรวน ใน เกษม ดันติพลางชีวะ (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 348 – 411.
- ดวงใจ กสาดิกุล. (2538). *วัยรุ่น ใน วันเพ็ญ บุญประคอง, อัมพล สุอำพัน และ นงพงา ลิ้มสุวรรณ (บรรณาธิการ). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 40 – 51.
- ดวงใจ กสาดิกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- เบญจพร ปัญญา และ อลิสา วัชรสินธุ์. (2540). *ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาทางระบาดวิทยา*. งานวิจัยทุนอุดหนุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และคณะ. (2542). *โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. (มกราคม – มีนาคม 2542), 35 – 45 .
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *DSM-IV (Thai version)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- เพ็ญพรรณ ชิดวร. (2546). *ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภัทรินาถ บุญชู. (2543). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2545). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชวนการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ลลนา ประทุม. (2007). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรางคณา จำปาเงิน. (2547). การศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ โครงการศึกษาอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2545). การพัฒนานักศึกษาของวัยรุ่น ใน วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์, 1 – 31.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน. (2545). จิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- วิมลพรรณ ทองชาติ. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CSE-D) ในคนไทย. สารศิริราช, 49(5), 442 – 448.
- สรยุทธ วาสิกนันท์.(2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: รีมบราดอร์การพิมพ์.
- ศิริอร ฤทธิไธรัตน์. (2544). ความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 7) วัยรุ่น- วัยสูงอายุ.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 92 – 113.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2550). การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว

การพิมพ์.

สุชา จันทร์เอม. (2540). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชย์.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2550). สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในชนชั้น

กองสุข (บรรณาธิการ). โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานเชิงวิชาการ.

อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 55 – 95.

อรพรรณ เมฆสุกะ. (2542). ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร.

วารสาร 2, 85 – 92.

อลิสรา วัชรสินธุ์. (2545). ขั้นตอนและพัฒนาการของวัยรุ่น ใน บุรณี กาญจนถวัลย์ และ นันทิกา

ทวิธา (บรรณาธิการ). พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ: โรง

พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 33 – 38.

อุบลวรรณ เรือนทองดี. (2544). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก. การศึกษาโดยใช้

Children's Depression Inventory. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(4),

221 – 230.

อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2540). การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10–15 ปี

ด้วย Children's Depression Inventory (CDI). วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 80,

493 – 499.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*

(4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Buck walter, K.C, (1990). *How to unmask depression*. Geriatric Nursing. (July – August), 179 – 181.
- Badger, T.A. (1996). Living with depression family member experience and treatment needs. *Journal of Psychosocial Nursing*. 34 (1), 21 – 29.
- Beck, A.T. (1973). *The Diagnosis and Management of Depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beck, C.M., Rawlins, P.P., & Williams, S.R. (1984). *A Holistic Life Cycle Approach*. St. Louis Toronto: C.V. Mosby.
- Beck, J. S.(1995). *Cognitive therapy Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., & et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bliesener, T. (1991). Soziale Unterstutzung im Jugentalter: Konstruktion und Validierung eines Instruments zu ihrer Erfassung. *Psychologische Beitrage*, 33, 434-462.
- Brown, G. W., Harris, T. O. (1987). Life events. Vulnerability and onset of depression: refinements. *Journal of Psychiatry*, (150), 30-42.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. S., Jewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Target prevention of unipolar depressive disorder in an At- risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (3), 312 – 321.
- Cornelis L., Skarsater ., Agren H .,& Dencker K. (1989). Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compare with healthy volunteers. *Journal of psychiatric and mental health nursing* ,8 (2), 107-114.
- Gilbert P., & Gilbert (2003). Entrapment and arrested fight and flight in depression : Exploration using focus group. *Journal Psychology and Psychotherapy*. Jun, (76), 173 – 188.
- Gillham, J. E., Revich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samules, B., & et al. (2007). School – based prevention of depressive symptom: A randomized controlled

- study of the Effectiveness and Specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 75 (1), 9 – 19.
- Jaffy. (1998). *Adolescence: Peer and youth culture*. New York: Wiley & Sons.
- Katz, I. R. (1996). On the inseparability of mental and physical health in age persons lessons from depression and medical carmorbidty. *American Journal Geriatric Psychiatry*, (4), 1 – 16.
- Kovacs, M (1992). *The Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi – Health Systems.
- Medougal, G. J., Blixen, C. E., & Suen, L. (1997). *The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adult*. *Nursing Research*, 46 (5), 277 – 283.
- Melnyk, B. M., & Fineout – Overhlot, E. (2005). *Evidence – base practice in nursing and health care: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Murray, C. J., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease*. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020(on line).
- Mufson. L., Young. J. F., Davices. M . (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy Adolescents Skill Training : an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1252-1254.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Wamer, V. (1998). Family discord parental depression and psychopathology in offspring : ten-year follow-up, *Journal of the American of child and Adolescent Psychiatric*,4(4).402-409.
- Polit, D. F., & Beck,C. K. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Possel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2004). School – based prevention of depressive symptoms in adolescents: A – 6 Month Follow – up. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 1003 – 1010.
- Possel, P. (2005). Strategies for universal prevention of depression in adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*,1.(1), 973-1342.
- Possel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention

- program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow – up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 982 – 994.
- Radloff L.S, (1997). *A CES-D Scale a self – report depression scale for research in the general population*. Applied Psychological Measurement. 1: 385 – 401.
- Rice, F. P. (1990). *The Adolescent: Development relationship and culture*. 6th ed. Boston: Altin & Bacon.
- Santrock, J. W. (1998). *Adolescence* 7th ed. USA: Atime S Mirrar.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression Development and Death* .San Francisco: W.H. Freanan.
- Shochet, I. M., Dads, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harmett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The Efficiency of a universal School – Based Program to Prevent Adolescent Depression. *Journal of Clinical child Psychology*, 30 (3), 303 – 315.
- Spence, S. H., Najman, J.M., Bor, W., O’Callaghan and Williams, G. M. (2002). *Maternal anxiety and depression poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescent* [Abstract]. *Journal Child Psychology Psychiatry* [online] 2002. [cited 2005 Jan 21]: Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L., (2003). Prevention adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life Program . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3-13.
- Stefanis C. N, Stefanis N.C. (2002). *Diagnosis of depressive disorder*; A review in : Maj, Satorias N, editors, *Depressive disorder* 2nd edition. England Wiley: 1 – 51.
- Steinberg, L. (1993). *Adolescence* 4th ed. Boston: Me Graw – Hill.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., & et al (1999). Depressive adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 28, 1707-1713.
- WHO. (1995). *Life skills education for children and adolescents in school*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: Tenth Revision, 187-188.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล : แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม :

ประเทือง ละออสุวรรณ, อติยา พรชัยเกตุ โอว ของ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ :

3.1 กลุ่มโรค / กลุ่มอาการ: อาการซึมเศร้า

3.2 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

3.3 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ : พยาบาลจิตเวช/ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการใช้แนวปฏิบัติ

3.4 ประชากรเป้าหมาย : วัยรุ่นทั่วไปรวมถึงวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

3.5 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ :

- อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นลดลงหลังสิ้นสุดการบำบัดครบตามโปรแกรม

4. วิธีดำเนินการ :

4.1 รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดของ PICO (Craig & Smith, 2002) มีรายละเอียด ดังนี้

Population (P) : วัยรุ่นทั่วไปรวมถึงวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยมีคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Adolescent(s), Teen(s), Youth

Intervention (I) : การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) โดยมีคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ School-based Program, Cognitive Behavior Therapy (CBT)

Comparison Intervention (C) : ไม่มี

Outcome (O) : การลดอาการซึมเศร้า โดยมีคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Depressed, Depression, Depressive Symptoms

4.2 วิธีการที่ใช้ในการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.1 วิธีการที่ใช้ในการสืบค้น

มีการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ จากงานวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

ฐานข้อมูลที่ได้รวบรวมแนวปฏิบัติของสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ www.guidelines.gov

ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta - analysis) ได้แก่ www.cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

ฐานข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและการพยาบาล ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE, Pub Med

การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

การสืบค้นด้วยมือ (Hand search) งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ปรินญานินพน์ระดับบัณฑิตศึกษา, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, Journal of The American Psychiatric Association

4.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

- หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 1 ถึง 3 กล่าวคือ เป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta – analysis) เป็นงานวิจัย Randomized control trial (RCT) และเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

- เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 15 ปี กล่าวคือ ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 – 2008

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยประเภท Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 5 เรื่อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่

1. Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. S., Jewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an At - risk sample of high-school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (3), 312 – 321.
2. Shochet, I. M., Dads, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harmett, P. H. & Osgarby, S. M. (2001). The Efficacy of a universal school – based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 303 – 315.
3. Possel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2004). School – base prevention of depressive symptom in adolescents: A – 6 Month Follow – up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 1003 – 1010.
4. Possel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention program: a randomized and controlled follow – up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 982 – 994.
5. Gillham, J. E., Revich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samules, B., & et al. (2007). School – based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 9 – 19.
6. กลณา ประทุม. (2007). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.

4.3 การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

4.3.1 วิธีการที่ใช้วิเคราะห์หลักฐาน

การวิเคราะห์งานวิจัยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2006) ที่ระบุถึงการประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้และพิจารณาตาม เกณฑ์ Utilization Criteria ที่ประกอบด้วยความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการ ปฏิบัติ (Polit & Beck, 2006; ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

4.3.2 ใช้เกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบการ จำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout – Overholt (2005) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ Meta – analysis ที่ตรงกับ ประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง และมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการ สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบ งานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ Systematic review ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญใน ประเด็นนั้น ๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องมาวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาที่สำคัญ พิจารณาใส่ใน รูปแบบของตาราง ซึ่งมีเนื้อหาตามลำดับหัวข้อ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย ทวน สมมติฐานการวิจัย สถานที่ในการศึกษา กลุ่มประชากร เครื่องมือในการวัดและประเมินผลการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน ผลการวิจัย ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทางคลินิก แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ การสรุปเพื่อนำไปใช้ ต่อมานำ ข้อความที่สกัดได้ของแต่ละการศึกษามาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรค

ซึมเศร้าในวัยรุ่น งานวิจัยที่นำมาทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง พบว่างานวิจัยอยู่ในระดับ 2 จำนวน 5 เรื่อง และระดับ 3 จำนวน 1 เรื่อง

4.4 ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. จิตแพทย์ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน
2. พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน

5. ข้อเสนอแนะ (Recommendation):

โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดของการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยมีการดำเนินการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ดังนี้คือ การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นบวก ทักษะการสร้าง ความภาคภูมิใจให้กับตนเองและความมีคุณค่าในตนเอง ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การมี ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่น ทักษะในการจัดการกับความเครียด ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการขอความช่วยเหลือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนให้ครอบครัวและสังคมมี ความเข้าใจวัยรุ่นได้มากขึ้น เป็นการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. คุณสมบัติของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1.1 วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่มีพัฒนาการปกติ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วม โปรแกรม (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2; Shochet et al., 2001: level3; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

1.2 วัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ยังไม่ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 13- 20 คะแนน (Shochet et al., 2001: level 3; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 23 – 31 คะแนน โดยหากวัยรุ่น มีคะแนน CDI มากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนน CES-D มากกว่า 31 คะแนน หรือจากการประเมิน ตาม DSM – IV ว่าเข้าเกณฑ์ Major Depressive Disorder (MDD) หรือ Dysthymia หรือปัญหาทาง

จิตเวชอื่นๆ จะถูกคัดออกจากการศึกษาเพื่อส่งเข้ารับการดูแลรักษาต่อไป (Clarke et al., 1995: level 2; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2 ; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ผู้ให้การบำบัดได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้ที่มีความชำนาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่นด้านการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตกับวัยรุ่น (Clarke et al., 1995: level 2 ; Shochet et al., 2001: level 2 ; Possel et al., 2004: level 2 ; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007 : level 2 ; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ผู้ให้การบำบัดจะต้องผ่านการฝึกอบรมและ ศึกษาโปรแกรมการบำบัดทั้งหมดก่อนให้การบำบัด (Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2 ; Gillham et al., 2007: level 2)

3. ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม

จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดมีตั้งแต่ 10 – 15 ครั้ง โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 45 – 90 นาที

4. การดำเนินการ

การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีสมมติฐานว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยร่วมกันหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความคิดทางลบ ที่มีต่อตนเองและสิ่งรอบข้าง และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ดังนั้นการช่วยให้วัยรุ่นได้เห็นถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และการปรับกระบวนการคิด รวมถึงการช่วยให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึงความเครียดและปัญหาในชีวิต และมีทักษะในการจัดการกับความเครียด การแก้ปัญหา ตลอดจนการเสริมสร้างทักษะทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการสร้างเครือข่ายทางสังคมจะทำให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น และไม่เกิดอาการซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าลดลง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นการคัดกรองและประเมินอาการซึมเศร้ารวมถึงการประเมินในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการประเมินเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventory (CDI) นอกจากนี้ยังมีการประเมินความคิดอัตโนมัติโดยใช้เครื่องมือ The Automatic Thoughts

Questionnaire (ATQ) และการประเมินการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยใช้เครื่องมือ The Questionnaire of Social Support (FESU) (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

2. กระบวนการบำบัดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม

รูปแบบการบำบัดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม สำหรับการป้องกันโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นมีรูปแบบการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 10-15 ครั้ง โดยทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 45-90 นาที ในการบำบัดแต่ละครั้งวัยรุ่นจะมีการทำกิจกรรมร่วมกันใน ชั่วโมงบำบัด รวมถึงมีการมอบหมายการบ้าน และนำการบ้านกลับมาอภิปรายร่วมกันในชั่วโมงการ บำบัดครั้งต่อไป (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) โดยมี ขั้นตอนซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับวัยรุ่น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมและ รูปแบบการดำเนินโปรแกรมให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบ
- ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันและแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความ ไว้วางใจ โดยอาจใช้กิจกรรมเป็นสื่อ เช่น ให้จับคู่และสัมภาษณ์คู่ของตนเอง
- เมื่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกดีแล้ว ให้สมาชิกทำแบบฝึกหัดโดยให้เขียนคำถามที่ จะสัมภาษณ์คู่ของตนเอง ซึ่งจะถามเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทั้งอารมณ์ทางด้านบวก และด้านลบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แต่ละคนได้พิจารณาถึงอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในแต่ละ ครั้งแล้วจดบันทึกไว้
- ให้สมาชิกทำการบันทึกเป็นการบ้านเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันและนำสิ่งที่ บันทึกเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมาอภิปรายร่วมกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกกลุ่มใน ครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าใจถึง

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นขั้นของการเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมโดย

- ให้อยู่ได้เข้าใจถึงความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และสะท้อนความคิดของตนเองในสิ่งที่จริงและเป็นประโยชน์ โดยนำบันทึกเกี่ยวกับอารมณ์ที่อยู่นั้นมาอภิปรายแลกเปลี่ยนกัน

- ให้อยู่ได้ สังเกตและเข้าใจถึงสถานการณ์ความคิดด้านลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล โดยช่วยให้อยู่สามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

- ส่งเสริมให้อยู่เห็นพลังและความสำคัญของความคิดด้านบวกเป็นการใช้ความคิดเชิงบวก สร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อช่วยให้อยู่มีความคิดในทางบวกกับตนเองและบุคคลอื่น

- ให้อยู่บันทึกเกี่ยวกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับเหตุการณ์ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น

- ให้อยู่ได้ทบทวนความคิดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางลบ และเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก

- ให้อยู่ได้เรียนรู้วิธีที่จะปรับหรือหยุดความคิดด้านลบ โดยให้มองสิ่งที่ใกล้ตัวก่อน แล้วฝึกปฏิบัติการนำเทคนิคการหยุดความคิดด้านลบมาใช้ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด และเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด โดยให้อยู่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นไปในทางที่สร้างสรรค์มากขึ้น

- ช่วยให้อยู่ได้เห็นถึงพลังความคิดที่เกิดขึ้นในทางบวก และความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น

- ให้อยู่นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงเวลาว่างไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อเป็นการส่งเสริมสิ่งที่อยู่ได้เรียนรู้และได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจกับความเครียดและปัญหา รวมถึงหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดและปัญหา (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; สดนา ประทุม, 2007: level 2) เพื่อให้อยู่เรียนรู้วิธีการฝึกและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ

- 1) ช่วยให้อยู่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต
- 2) ช่วยให้อยู่ได้เห็นถึงความเข้มแข็งและจุดแข็งของตน

3) ช่วยให้ผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหา โดย

3.1) ฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด เช่น

- ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด
- ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างสร้างสรรค์
- ฝึกทักษะการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด

3.2) ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหา ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้เรียนรู้สามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้เรียนรู้ได้มีการวางแผนและตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้ทักษะการวางแผนและการตัดสินใจที่จะนำเทคนิคต่างๆ มาใช้

ขั้นตอนที่ 5 ให้ผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้ถึงการประเมินผลลัพธ์จากการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา และให้ผู้เรียนรู้ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการที่แต่ละคนนำมาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างทัศนคติและเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหา

4) ให้ผู้เรียนรู้ได้ฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการนำทักษะต่างๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะทางสังคม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Clarke et al., 1995: level 2; Shochet et al., 2001: level 2; Possel et al., 2004: level 2; Possel et al., 2005: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ตลนา ประทุม, 2007: level 2)

2) เพื่อให้ผู้เรียนรู้มีทักษะทางสังคม เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าที่จะแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ และสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ โดย

ฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้เรียนรู้ โดย

1) ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง

2) ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกเกี่ยวกับการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองอย่างเหมาะสม การยืนยันสิทธิของตน การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนความสามารถในการขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ซึ่งฝึกโดย

- ให้ผู้เรียนรู้ได้จินตนาการถึงเรื่องราวและพฤติกรรมการกล้าแสดงออกในสถานการณ์นั้นๆ โดยการฝึกทำเป็นกลุ่มเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้น

- ให้อาจารย์ได้วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสถานการณ์ใดสมควรกล้าแสดงออกและสถานการณ์ใดที่ไม่ควรแสดงออก และควรแสดงออกอย่างไร
- ให้อาจารย์ได้เห็นความสามารถของตนและให้เกิดความมั่นใจในการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

1) ส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะในการสื่อสารความต้องการต่อกันในเชิงสร้างสรรค์ และเสริมสร้างความปรองดองกันในครอบครัวและหลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง

2) ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดีที่สามารถทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้

ฝึกทักษะการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- 1) ให้อาจารย์ระบุปัญหาหรือสิ่งที่อาจารย์ต้องการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
- 2) เสริมสร้างและหาแหล่งสนับสนุนทางจิตใจและช่วยให้อาจารย์เข้าถึงเครือข่ายทางสังคมเพื่อสร้างกำลังใจให้อาจารย์สามารถติดต่อและขอความช่วยเหลือได้ตามความต้องการ
- 3) ฝึกทักษะการกล้าแสดงออกเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือการใช้เครือข่ายทางสังคม

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและยุติการบำบัด (Clarke et al, 1995: level 2; Shochet et al, 2001: level 2; Possel et al, 2004: level 2; Possel et al, 2005: level 2; Gillham et al, 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2)

- ทบทวนกิจกรรมและการเรียนรู้ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและการจัดการกับอาการซึมเศร้ารวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ
- ฝึกให้อาจารย์ได้เตรียมความพร้อมเมื่อมีอาการซึมเศร้าหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- ให้อาจารย์ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและสรุปผลที่ได้จากการเข้าโปรแกรมการบำบัด เป็นการสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด

5. การประเมินผลโปรแกรม

5.1 เครื่องมือที่ใช้

การประเมินผลผลลัพธ์หลัก กล่าวคือ การประเมินอาการซึมเศร้า มีการใช้แบบประเมิน 2 แบบคือ

- 1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) (Shochet et al., 2001: level 2; Gillham et al., 2007: level 2; ลลนา ประทุม, 2007: level 2) เป็นแบบประเมินอาการ

ซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่นพัฒนาโดย Maria Kovac (1992) ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าจำนวน 27 ข้อ มีการประเมินเป็น 3 ช่วงคะแนน จาก 0 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 2 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือสับสน) โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 54 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 13 -20 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ามาก

2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) ของ Radoff (1977) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเองในด้านพฤติกรรมความรู้สึก อาการต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ ผู้ตอบจะถูกถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน ถ้าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์) ถ้าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (1 – 2 วันใน 1 สัปดาห์) ถ้าคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3 – 4 วันใน 1 สัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5 – 7 วันใน 1 สัปดาห์) โดยคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตามที่ระบุ ส่วนคำถามเชิงบวกให้คะแนนตรงข้าม ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 – 60 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงมีอาการซึมเศร้ามาก (Possel et al, 2004)

การประเมินผลลัพธ์รอง ได้แก่ การประเมินความคิดอัตโนมัติและการสนับสนุนทางสังคม มีการใช้แบบประเมินดังนี้

1) แบบสอบถามความคิดอัตโนมัติ (The Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ) เป็นแบบประเมินที่เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในด้านความคิดอัตโนมัติ ซึ่งใช้สำหรับวัดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นบ่อยมาก แบบสอบถาม ATQ มีค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .96 (Possel et al, 2004)

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Questionnaire of Social Support, FESU) สร้างโดย Bliesener (1991) มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามนี้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่น 3 ด้านคือ ด้านที่ 1 ประเมินบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่วัยรุ่นมี โดยให้วัยรุ่นเขียนถึงบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลาไม่สบายใจ เกณฑ์การให้คะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยของจำนวนบุคคลที่วัยรุ่นสามารถขอความช่วยเหลือได้ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงวัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี ด้านที่ 2 ประเมินความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน และด้านที่ 3 ความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ โดยให้วัยรุ่นคิดถึงบุคคล

ที่เขาเขียนถึงในด้านที่ 1 และให้คะแนนความถี่และความพึงพอใจในความช่วยเหลือ จาก คะแนน 1 ถึง 5 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงวัยรุ่นมีความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลนั้น และมีความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา(α) เท่ากับ .86 ในด้านที่ 1 (แหล่งสนับสนุนทางสังคม)และเท่ากับ .76 ในด้านที่ 2 (ความถี่) และเท่ากับ .83 ในด้านที่ 3 (ความพึงพอใจ) ตามลำดับ (Possel et al, 2004)

5.2 ระยะเวลาติดตามประเมินผล

มีการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และมีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

เมื่อได้ข้อเสนอแนะที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และพบว่าข้อเสนอแนะที่ได้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ กล่าวคือ แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริง และมีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านการเสริมสร้างสุขภาพจิตโรงเรียน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มีความคล้ายคลึงกัน คือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า และโปรแกรมการบำบัดสามารถเลือกระยะเวลาให้การบำบัดได้ โดยพยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นได้เนื่องจากอยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อน เพื่อให้เกิดความชำนาญ เกิดความมั่นใจ ซึ่งในระยะแรกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้อาจพบว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน หากพบว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้มีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายผลให้กับเครือข่ายและเป็นการลดภาระงานของผู้ปฏิบัติ คำนึงถึงความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ ถ้าวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจะมีผลระยะยาวในการลดค่าใช้จ่ายของประเทศและมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาและการวางแผนการนำนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

เมื่อได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอที่จะสนับสนุนในการนำไปใช้กับการปฏิบัติงาน โดยผู้ศึกษาจะได้วางแผนทางการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยนำรูปแบบไปทดลองใช้ (pilot study) มีการฝึกอบรมให้กับเครือข่ายกรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาทักษะในการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับหน่วยงานนำร่อง แล้วมีการติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปแล้ว 6 เดือนและ 12 เดือน ผู้รับการประเมินได้แก่วัยรุ่น ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาลที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้ในการป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจแล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปเผยแพร่และเกิดประโยชน์กับวัยรุ่น และครอบครัว ตลอดจนพยาบาล ครูแนะแนว หรือผู้ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมป้องกันโดยให้บริการกับกลุ่มเป้าหมาย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

6. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้ :

6.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

- 6.1.1 สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้
- 6.1.2 วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการดูแลและช่วยเหลือให้มีอาการซึมเศร้ามลดลง
- 6.1.3 วัยรุ่นได้รับทราบและมีทักษะในการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

6.1.4 พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

6.1.5 หน่วยงานและสถาบันมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6.2 อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

6.2.1 จากงานวิจัยทุกเรื่องที่น่ามาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้จากการนำงานวิจัยที่มีการประเมินคุณภาพแล้วและไม่พบความเสียหายหรืออันตรายกับวัยรุ่น แต่การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้เกิดผลดีกับวัยรุ่นอย่างเต็มที่ควรกระทำอย่างต่อเนื่อง และวัยรุ่นควรมีส่วนร่วมในการทำแบบฝึกหัดที่ได้รับมอบหมายอย่างสม่ำเสมอจึงจะมีอาการซึมเศร้ามลดลง

6.2.2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไปใช้นั้น ควรมีการคัดกรองวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบว่าวัยรุ่นคนใดมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงควรส่งให้จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อรับการรักษาต่อไป หรือวัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมหรือวัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ อาจทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมอย่างเต็มที่ และอาจทำให้มีความเสี่ยงที่วัยรุ่นเหล่านั้นจะมีอาการมากขึ้นและนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นหน่วยงานที่นำโปรแกรมไปใช้ควรมีการวางแผนการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้ด้วย เช่นการส่งต่อให้พยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาในเบื้องต้นหรือส่งต่อให้อาจารย์แนะแนวของโรงเรียนดูแลต่อไป

7. ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจากผู้เชี่ยวชาญหรืออาจต้องได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะ ๆ และมีความชำนาญในการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับวัยรุ่น นอกจากนี้ผู้ที่นำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องมีทักษะในการประเมินและการใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า จะต้องมีการประสานงาน เชื่อมโยงเครือข่าย และแหล่งให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีเร่งด่วน

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก :

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ควรต้องมีการจัดเตรียมสิ่งต่อไปนี้คือ

8.1 ชี้แจงถึงปัญหาทางคลินิกแก่หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน เพื่อขอคำแนะนำและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้

8.2 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเสนอต่อทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นซึ่งให้การดูแลรักษาพยาบาล แล้วร่วมกันแสดงความคิดเห็น นำข้อเสนอแนะที่ได้มาจากทีมสหวิชาชีพมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน

8.3 เตรียมความพร้อมของผู้ที่ให้การบำบัดในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ได้รับการคัดกรองจากกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยการชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติดังนี้

- จัดเตรียมความรู้ ผู้ให้การบำบัดควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และวิธีการป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าเป็นมากขึ้น และความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เช่น ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ วิธีการจัดการเมื่อเกิด ความเครียดหรือมีความวิตกกังวล วิธีการปรับความคิดเชิงลบให้เป็นบวก และวิธีการป้องกันไม่ให้ เกิดอาการซึมเศร้า ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งบริการทางสังคมที่ต้องการความช่วยเหลือ

- จัดเตรียมเครื่องมือในการคัดกรองอาการซึมเศร้าและเครื่องมือในการคัดกรองเรื่อง อื่นๆ เช่น แบบสอบถามในด้านความคิดอัตโนมัติ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- จัดเตรียมสื่ออุปกรณ์ เอกสาร หรือวิดีโอที่ใช้ประกอบในการทำกิจกรรมบำบัดเป็น รายกลุ่ม ซึ่งจะใช้อุปกรณ์ดังนี้คือ เอกสารหรือคู่มือประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าใน วัยรุ่น ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญกับความเครียด เอกสารที่อธิบายความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อหรือความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ หรือวิธีการต่าง ๆ ในการเปลี่ยนแปลงความคิด สมุดบันทึกพฤติกรรมและวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดรวมถึงการเผชิญความเครียด ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

8.4 นำแนวปฏิบัติไปใช้ในโรงเรียนนาร่อง ที่กลุ่มเป้าหมายเป็นวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า โดยมีการประเมินอาการซึมเศร้าก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม รวมถึงมีการบันทึกปัญหาอุปสรรค ที่พบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป ปรับโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบท

8.5 ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้นและ ระยะยาว คือลดอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามอาการซึมเศร่ายังคงลดลงอย่าง ต่อเนื่องและไม่เพิ่มขึ้นจนถึงเกณฑ์การวินิจฉัย และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยมีความรู้สึกว่ ตนเองมีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจ สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ตลอดจนสามารถ จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

8.6 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังจากได้มีการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข เรียบร้อยแล้วในการประชุมทีมนำทางจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและทีมสห วิชาชีพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับงานประจำและเป็น การพัฒนาคุณภาพของสถาบันฯ และหน่วยงาน (Clinical nursing practice guideline)

9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ:

9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง 29 ตุลาคม 2552

9.2 ผู้สร้าง :

นางประเทือง ละออสุวรรณ, อาจารย์ ดร. อติชา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์

9.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ :

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า

ดร. วิภาวี เผ่ากันทรากกร

อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพพร ว่องสิริมาศ

9.5 แหล่งเงินทุน : ไม่มี

9.6 เอกสารอ้างอิง :

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CSE-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442 – 448.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก. การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41 (4), 221 – 230.

กลณา ประทุม. (2007). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bliesener, T. (1991). Soziale Unterstutzung im Jugentalter: Konstruktion und Validierung eines Instruments zu ihrer Erfassung. *Psychologische Beitrage*, 33, 434-462.

Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. S., Jewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Target prevention of unipolar depressive disorder in an At - risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (3), 312 – 321.

- Shochet, I. M., Dads, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harmett, P. H. & Osgarby, S.M. (2001). The efficiency of a universal school – based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical child Psychology*, 30 (3), 303 – 315.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Possel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2004). School – based prevention of depressive symptoms in adolescents: A - 6 Month Follow – up. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 1003 – 1010.
- Possel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow – up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 982 – 994.
- Gillham, J. E., Revich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samules, B., & et al. (2007). School – based prevention of depressive symptom: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 75 (1), 9 – 19.
- Melnyk, B. M., & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence – base practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radloff L. S, (1997). *A CES-D Scale a self – report depression scale for research in the general population*. applied psychological measurement. 1: 385 – 401.
- Kovacs, M (1992). *The Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi – Health Systems.

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. แพทย์หญิงปัทมา สิริเวช

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ

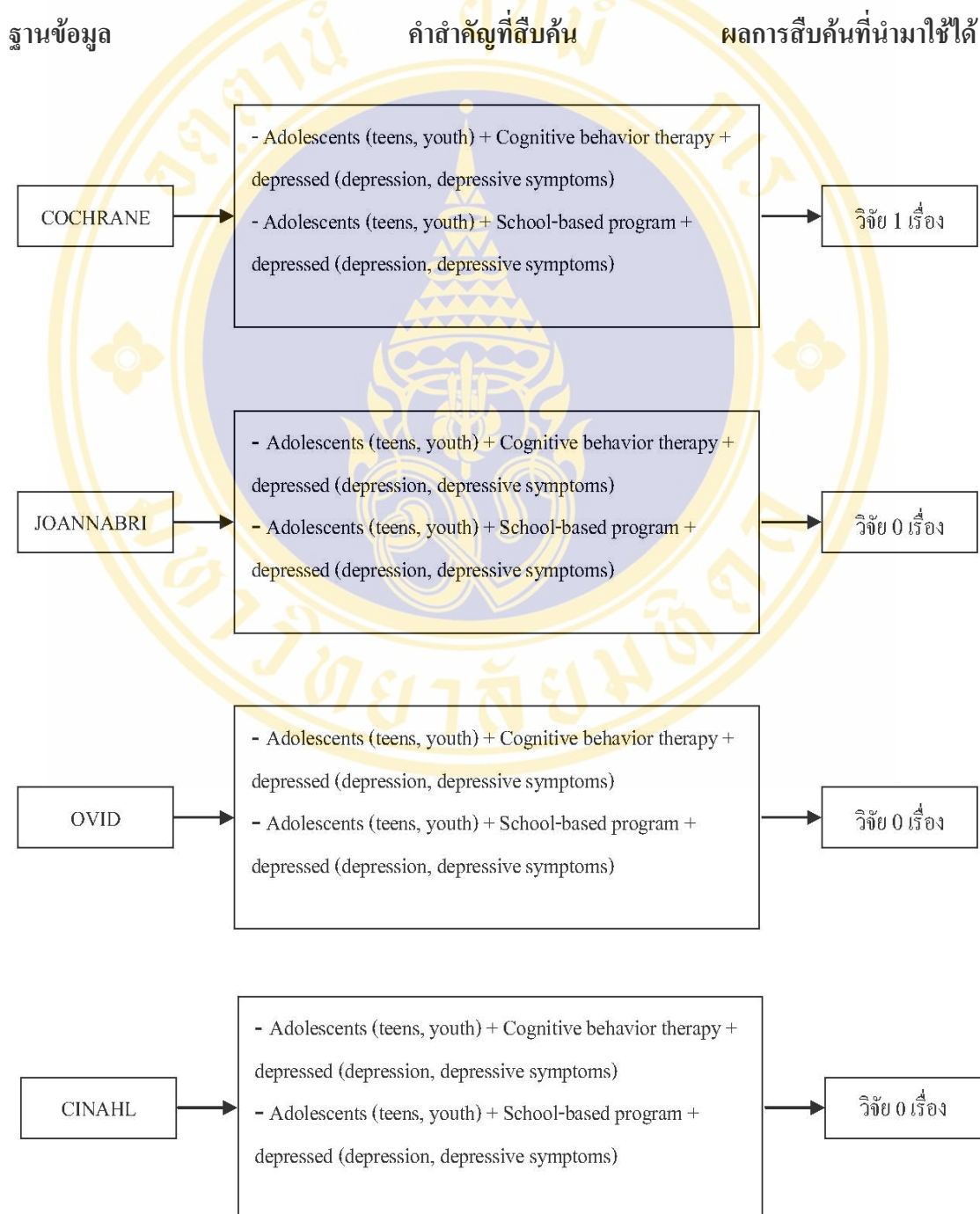
อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ดร. วิภาวี เผ่ากันทรการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ค

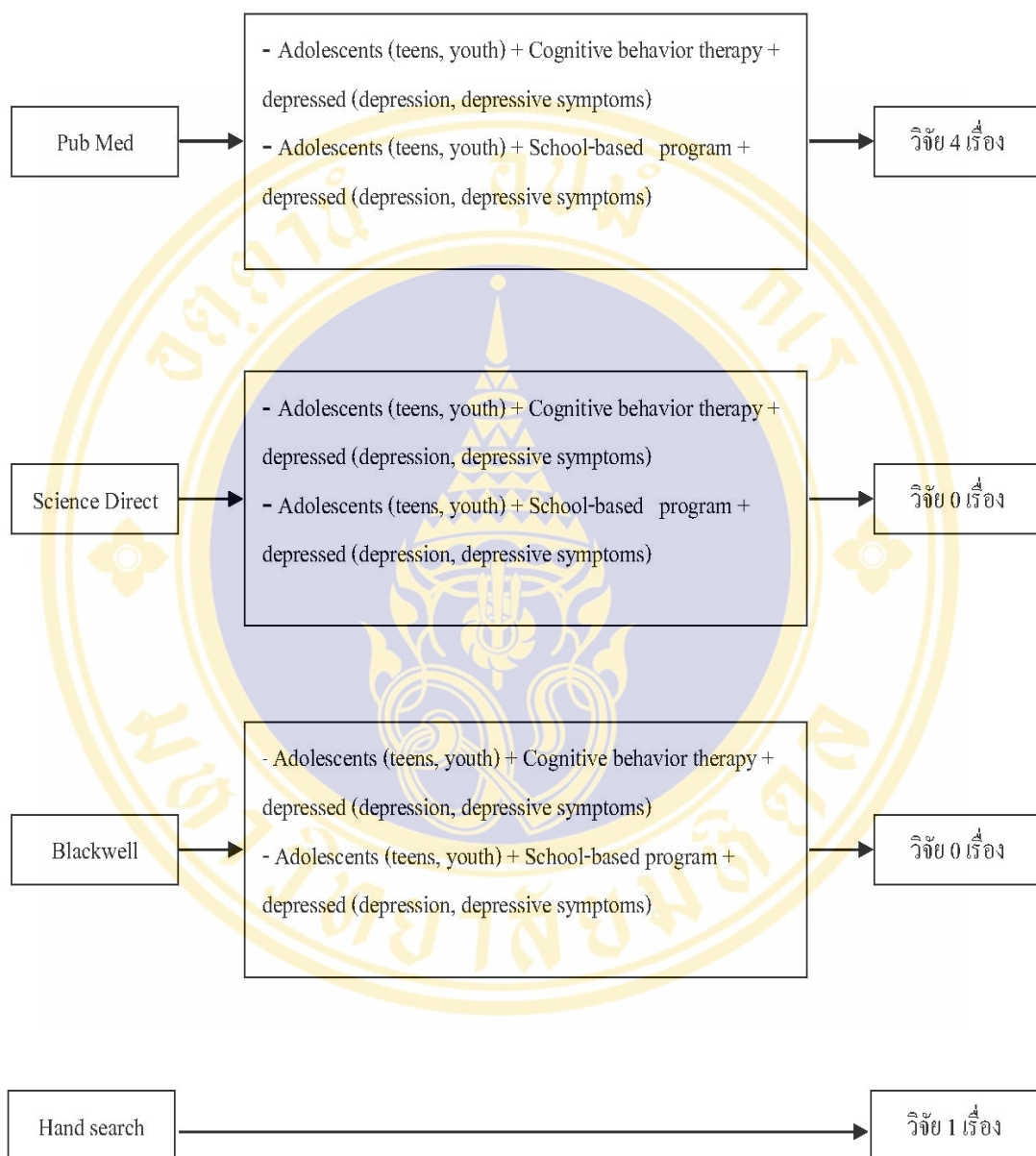
ผังการสืบค้นงานวิจัย



ฐานข้อมูล

คำสำคัญที่สืบค้น

ผลการสืบค้นที่นำมาใช้ได้



ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents : A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention.

ผู้วิจัย Clarke, G.N., Howkins, W., Murphy, M.M.S., Sheeber, L., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34(3), 312-321.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง
ทุน	ได้รับทุนจาก The National Institute of Mental Health(NIMH)
สมมติฐานงานวิจัย	มีการอธิบายผลลัพธ์ของโปรแกรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย มุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยและมีการสุ่มที่ให้การบำบัดเกี่ยวกับการเรียนรู้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นตามการวินิจฉัยของ DSM-III-TR โดยมีการประเมินและรายงานอาการซึมเศร้าด้วยตนเองซึ่งเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมจากการวิเคราะห์สามารถลดอาการซึมเศร้าและอาการที่มากกว่าซึมเศร้าได้ และมีการติดตามผลในอนาคต 12 เดือน
Setting งานวิจัย	โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตชานเมือง 3 โรงเรียน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นนักเรียนวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 15.3 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเกรด 9 และ 10 ของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตชานเมือง 3 แห่ง จำนวน 1,652 คน นักเรียนทั้งหมดได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยทำแบบประเมิน The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D) นักเรียนที่ได้คะแนน CES-D น้อยกว่า 24 คะแนนจะถูกคัดออก ส่วนนักเรียนที่ได้คะแนน CES-D 24 คะแนนขึ้นไป จำนวน 471คน แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดต่อให้มารับการประเมิน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	และสัมภาษณ์ในระยะที่ 2 ในจำนวนนี้มีนักเรียนที่ยินดีมารับการประเมิน จำนวน 222 คน หลังจากได้รับหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนักเรียนและผู้ปกครอง นักเรียนได้รับการประเมินเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนและโรคจิตเภท โดยใช้แบบประเมิน K-SADS มีนักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MDD, Dysthymia หรือปัญหาอื่นๆ จำนวน 50 คน ซึ่งถูกคัดออกจากการศึกษา เพื่อส่งต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้ทำการดูแลรักษาต่อไป ส่วนนักเรียนที่ประเมินแล้วไม่พบปัญหาทางจิตเวชจำนวน 172 คน ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการศึกษา มีนักเรียนที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 150 คนในจำนวนนี้ได้ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองเพื่อเข้าโปรแกรม Coping With Stress Course (CWS) จำนวน 76 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 74 คน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1. เลี่ยงต่อการวัดระดับของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน CES-D ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีความอาการซึมเศร้า 2. วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MDD , Dysthymia หรือให้ตอบตามแบบประเมิน K-SADS 3. วัยรุ่นที่มีความสนใจเข้าร่วมโปรแกรม 4. ผู้ปกครองยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1. เลี่ยงต่อการวัดระดับของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน CES-D ที่มีคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MDD , Dysthymia หรือปัญหาอื่นๆ 3. วัยรุ่นที่ไม่สนใจเข้าร่วมโปรแกรม 4. ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโปรแกรม
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. The Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีจำนวน 20 ข้อ รูปแบบการให้คะแนนจะมีตั้งแต่ 0 (มีอาการซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 3 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ตลอดเวลา) เกณฑ์การให้คะแนนถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับสูง 2. Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version (K-SADS) เป็นแบบประเมินความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 3. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีจำนวน 14 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายในคอนบาร์คแอลฟา (α) สำหรับวัยรุ่นเท่ากับ .83 4. Global Assessment of Functioning (GAF) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน กล่าวคือวัยรุ่นจะได้รับการบำบัดที่มีอยู่แล้วหรือสามารถขอความช่วยเหลือต่าง ๆ เพิ่มเติมได้ตามปกติ กลุ่มทดลอง จะได้รับการจัดให้เข้าโปรแกรม Coping with Stress Course ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งหมด 15 ครั้ง ๆ ละ 45-50 นาที 2. ผู้บำบัด เป็นพยาบาลหรือผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษา หรือผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ทางด้านการให้คำปรึกษา หรือจิตวิทยาและสุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่น 3. รูปแบบการบำบัด โปรแกรมการเผชิญความเครียดนี้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิด การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy, CBT) ของ Clarke (1990) ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 15 ครั้ง กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียด (Coping with Stress Course) ซึ่งเป็นการค้นหาสิ่งที่เป็นความคิดด้านลบกับการรักษาวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าด้านการรับรู้และพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 1 การทำความรู้จักซึ่งกันและกัน (Getting to know each others) เพื่อบอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เรียนรู้และตระหนักในอารมณ์ของตนเอง ครั้งที่ 2 การเผชิญกับความเครียด (Coping with stress) ให้วัยรุ่นได้พูดถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและความคิดเชิงลบที่มีกับตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้วัยรุ่นได้มองตนเองในเชิงบวกมากขึ้น ครั้งที่ 3 การเปลี่ยนแปลงความคิด (Changing your thinking) เป็นการให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบให้เป็นบวกมากขึ้น ครั้งที่ 4 การเรียนรู้สถานการณ์ความเครียดและความคิดเชิงลบ (Stressful and negative thinking) ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมให้เห็นความสำคัญของความคิดในด้านบวก (The power of positive thinking) เป็นการใช้ความคิดในเชิงบวกสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิด ครั้งที่ 6 การเปลี่ยนแปลงความคิดในเชิงลบให้เป็นบวก (Changing negative thinking to positive thinking) ซึ่งเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงลบให้เป็นบวก ครั้งที่ 7 การรู้จักคิดวิเคราะห์ให้เห็นถึงความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Irrational thinking) ครั้งที่ 8 การเรียนรู้ที่จะคัดหรือเลิกความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing irrational thinking) ครั้งที่ 9 การจัดการกับความคิดและการทำความเข้าใจสถานการณ์ความเชื่อของตนเองว่าจะเกิดผลอย่างไรต่อตนเองทั้งเชิงบวกและเชิงลบ (The C-A-B Method: Consequence – Activating Event – Belief method) ครั้งที่ 10 การทำความเข้าใจถึงปัญหาและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Dealing with activating events)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 11 การฝึกปฏิบัติการใช้ทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน (More-C-A-B Practice) ครั้งที่ 12 เทคนิคในการหยุดความคิดในเชิงลบ (Thought-stopping techniques) ครั้งที่ 13 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (C-A-B in your life) ครั้งที่ 14 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Planning for stressful situation) ครั้งที่ 15 การเรียนรู้ถึงวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า (Preventing the “Blue”) 4. ประเมินผล มีการประเมินผลหลังให้การบำบัดทันที และติดตามต่อหลังให้การบำบัด 12 เดือน โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าซึ่งประเมินด้วยแบบวัด CES-D น้อยกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมและมีการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม (GAF) ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด อย่างไรก็ตาม ไม่พบผลต่อเนื่องหลังการติดตามประเมินผล 12 เดือน หลังการบำบัดเสร็จสิ้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียด ซึ่งใช้การบำบัดเป็นรายกลุ่มสามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีอายุเฉลี่ย 15.3 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาเกรด 9 - 10 ซึ่งเสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 2. การวัดผลลัพธ์หลักโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ - The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version (K-SADS) - Global Assessment of Functioning (GAF) 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด - เป็นผู้ที่มีความรู้และให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล - มีประสบการณ์ด้านการทำกลุ่มบำบัดกับสุขภาพจิตในวัยรุ่น 4. เป้าหมายของการบำบัด เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง 5. การบำบัด โปรแกรมการเผชิญความเครียดพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้การบำบัดเป็นกลุ่ม
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการหารูปแบบในการป้องกันโรคซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับที่ผู้ศึกษาพบในการปฏิบัติงาน 2. รูปแบบการบำบัด แบบการปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่ในเอกสิทธิ์ของพยาบาลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง 3. รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษา
การมีความหมายใน เชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยนี้ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, Vol.32, No.3, 1995 เป็นวารสารที่ตีพิมพ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาและมี Peer review 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ The Oregon Health Science University 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก The National Institute of Mental Health (grant RO3 – MH 48118) 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่อง แสดงให้เห็นถึง Intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย - แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์การบำบัด และกลุ่มประชากรเป้าหมายคือวัยรุ่นที่

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	มีอาการซึมเศร้า - มีการระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลไว้อย่างชัดเจน - ระบุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง - งานวิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการวิจัย และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม - มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ระบุวิธีการที่ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดเกณฑ์ผู้เข้าร่วมและมีเกณฑ์การคัดออกไว้อย่างชัดเจน - งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง แบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และมีการนำแบบประเมินอาการซึมเศร้ามาใช้ในการประเมินผลลัพธ์หลัก คือใช้แบบประเมิน 4 อย่าง The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D), Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School Age Children – Epidemiologic Version (K-SADS), Hamilton Depressive Rating Scale (HDRS), Global Assessment of Functioning (GAF) - การวิจัยมีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ที่เหมาะสม ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยและการประเมินผลลัพธ์ มีการสรุปผลและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการนำไปใช้ได้ครอบคลุม ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ - การสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่าง ๆ มีความเหมาะสม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงกับพันธกิจของสถาบันฯ ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน และสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันฯ ที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ - กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมายในหน่วยงาน คือวัยรุ่นอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง - โปรแกรมการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นาน สามารถเลือกเวลาในการให้การบำบัดได้ อาจเป็นในช่วงระยะเวลาของอาจารย์แนะแนวหรือหลังเลิกเรียน - ผู้ได้รับประโยชน์จากงานวิจัย เป็นวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าและผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัด ทำให้อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นลดลงและป้องกันการเป็นโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติที่อยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม - การนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถนำไปใช้โดยบุคลากรเข้าทำงานประจำ และปรับวิธีการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ผู้บริหารด้านการแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุน - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ควรมีการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงก่อนที่จะนำไปใช้จริงในคลินิก 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) - อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติในระยะแรก อย่างไรก็ตามหากโปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพ ก็สามารถขยายผลให้กับเครือข่ายโดยการอบรม ให้ความรู้และพัฒนาการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	จะสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ - ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลงและได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง



เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง The Efficiency of a Universal School – Based Program to Prevent Adolescent Depression

ผู้วิจัย Shochet, I.M., Dads, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P.H., Osgarby, S.M., 2001

แหล่งที่พิมพ์ / ปีที่พิมพ์ *Journal of Clinical Child Psychology* 2001, 30(3), 303-315.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียน ในการป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น
ทุนการวิจัย	-
สมมุติฐานการวิจัย	ไม่ระบุสมมุติฐานในการวิจัย
Setting ของการวิจัย	โรงเรียนมัธยมศึกษาในเมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 12-15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในเกรด 9 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำถึงปานกลาง จำนวน 295 คน จาก 2 cohorts (1996 และ 1997) โดยทางโรงเรียนได้ทำหนังสือขออนุญาตพ่อแม่เพื่อให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการ ซึ่งในจำนวนนี้มีพ่อแม่ที่ยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการจำนวน 260 คน โดยวัยรุ่นทั้งหมดจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน Reynolds Adolescent Depression (RADs) Children's Depression Inventory (CDI) และ Beck Hopelessness Scale (BHS) หากวัยรุ่นได้คะแนนจากแบบประเมิน RADs มากกว่า 74 คะแนน ร่วมกับคะแนน CDI มากกว่า 20 คะแนน หรือ BHS มากกว่า 9 คะแนน แสดงถึงว่าวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าและต้องได้รับการดูแล วัยรุ่นกลุ่มนี้จำนวน 9 คน จึงถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ผล นอกจากนั้นวัยรุ่นอีก 9 คนก็ถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ผล กล่าวคือ วัยรุ่น 4 คนมีพัฒนาการล่าช้า และอีก 5 คน ไม่มารับการประเมินและทำแบบสอบถาม (Pretest) ในครั้งแรก จึงเหลือวัยรุ่นเข้าร่วมทำการศึกษาทั้งสิ้น 242 คน โดยวัยรุ่นในปี 1996 ถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับการเฝ้าระวัง (Adolescent Watch, AW) ส่วนวัยรุ่นในปี 1997 จำนวน 112 คน จะถูกจัดให้เป็นกลุ่มทดลองโดยให้เข้าร่วมในโปรแกรมการพัฒนาแหล่งสนับสนุนสำหรับวัยรุ่น (Resourceful Adolescent Program, RAP)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	วัยรุ่นกลุ่มนี้จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มละ 56 คน โดยกลุ่มที่ 1 ให้เข้าโปรแกรม RAP-A (เป็นโปรแกรมสำหรับวัยรุ่น 11 สัปดาห์) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งให้เข้าโปรแกรม RAP-F (เป็นโปรแกรมสำหรับวัยรุ่น 11 สัปดาห์ร่วมกับเชิญผู้ปกครองนักเรียนมาเข้าร่วมโปรแกรมด้วย เป็นจำนวน 3 ครั้ง) จำนวน 126 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	- Children's Depression Inventory (CDI) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น จำนวน 27 ข้อ โดยมี 1 ข้อถามถึงการฆ่าตัวตายซึ่งถูกคัดออก ดังนั้นเหลือข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีการประเมินเป็น 3 ช่วงคะแนน จาก 0 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 2 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือสม่ำเสมอ) โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 52 คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ามาก - Reynolds Adolescent Depression (RADs) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า รูปแบบการประเมินจะมี 4 ช่วงคะแนน จาก 1 (อาการซึมเศร้าเล็กน้อย) ถึง 4 (อาการซึมเศร้ารุนแรง) คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ายังมีอาการซึมเศร้ามาก - Beck Hopelessness Scale (BHS) เป็นแบบประเมินความสิ้นหวังในตนเอง ใช้สำหรับการประเมินในวัยรุ่นผู้ใหญ่ รูปแบบการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 20 โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความรู้สึกสิ้นหวังมาก
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มควบคุม จะได้รับการเฝ้าระวังและได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน กลุ่มทดลอง จะได้รับการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งจัดให้เข้าโปรแกรม RAP-A ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับการจัดให้เข้าโปรแกรม RAP-F ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีรูปแบบการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม กลุ่ม RAP-A จะเป็นโปรแกรมสำหรับวัยรุ่นเท่านั้น จำนวน 11 ครั้ง ส่วนกลุ่ม RAP-F จะเป็นโปรแกรมสำหรับวัยรุ่น 11 ครั้งร่วมกับโปรแกรมสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 3 ครั้ง ในการทำกลุ่มจะใช้เวลาครั้งละ 40-50 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	2. ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตวิทยาหรือผู้ให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางด้าน การให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยาการศึกษาด้วยวัยรุ่น 3. รูปแบบการบำบัด โปรแกรม Resourceful Adolescent - Adolescent Program (RAP-A) นี้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ของ Clarke และคณะ (1995) ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 11 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ สำหรับโปรแกรม RAP-A ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Establishing rapport) ครั้งที่ 2 การช่วยยืนยันให้วัยรุ่นได้เห็นถึงความเข้มแข็งหรือจุดแข็งที่ตนมีอยู่ (Affirmation of existing strengths) ครั้งที่ 3, 4 การส่งเสริมการจัดการตนเองและการเสริมสร้างทักษะในการควบคุมตนเองเมื่อ ต้องเผชิญกับความเครียด (Promoting self management and self – calming skills in the face of stress) ครั้งที่ 5, 6 การปรับกระบวนการคิด (Cognitive restructuring) ครั้งที่ 7 การแก้ปัญหา (Problem solving) ครั้งที่ 8 การเสริมสร้างและจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตใจ และช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงเครือข่ายทางสังคม (Building and accessing psychological support networks) ครั้งที่ 9, 10 การส่งเสริมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีความปรองดองกันในครอบครัวและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Interpersonal components designed to promote family harmony and avoid escalation of conflict) ครั้งที่ 11 สรุปและสิ้นสุดโปรแกรม (Summary and termination) สำหรับโปรแกรม RAP-F จะประกอบด้วยองค์ประกอบของโปรแกรม RAP-A ทั้ง 11 ครั้งร่วมกับโปรแกรมสำหรับผู้ปกครองอีก 3 ครั้ง กล่าวคือ ครั้งที่ 1 ช่วยให้พ่อแม่มองเห็นข้อดีและมองเห็นจุดแข็งของ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ตนเองและส่งเสริมความมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ การจัดการกับความเครียด และส่งเสริมทักษะการควบคุมตนเอง (Identification of existing parental strengths and identification and management of stress to enhance calm and effective parenting) ครั้งที่ 2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาการของวัยรุ่น วิธีการสร้างเสริมให้วัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยพยายามให้เกิดความสมดุลให้วัยรุ่นระหว่างการมีจิตอิสระ และการมีความรู้สึกผูกพันกับพ่อแม่ (Provision of information on normal adolescent development and strategies for promoting adolescent self esteem and balancing independence and attachment issues) ครั้งที่ 3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีในการเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความปรองดองกันและการจัดการกับความขัดแย้งในครอบครัว (Provision of strategies to promote family harmony and manage conflict) 4. การประเมินผล มีการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีและติดตามต่อหลังจากให้การบำบัด 10 เดือน
ระเบียบวิธีการวิจัย	เป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบเป็นอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ระดับของการวิจัย	Level 3
ผลการวิจัย	วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มทดลองทั้งกลุ่ม RAP-A และกลุ่ม RAP-F มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และอาการซึมเศร้าลดลง หลังจากสิ้นสุดการบำบัดและในระยะติดตามผล 10 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยใช้โปรแกรม Resourceful Adolescent Program (RAP) ซึ่งใช้การบำบัดเป็นกลุ่มสามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นอายุระหว่าง 12-15 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาในระดับ 2 ซึ่งเสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 2. การวัดผลลัพธ์หลัก โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้ามีการวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ควบคุม ได้แก่ - Children's Depression Inventory (CDI) - Reynolds Adolescent Depression (RAD) - Beck Hopelessness Scale (BHS) 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด - เป็นพยาบาลหรือผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโททางด้านการให้คำปรึกษา และมีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่น - เป็นนักจิตวิทยาที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่น 4. เป้าหมายของการบำบัด เพื่อป้องกันลดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น 5. รูปแบบการบำบัด เป็นโปรแกรมการบำบัดที่เป็นพื้นฐานของโรงเรียนในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งโปรแกรมนี้นี้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม มีการบำบัดทั้งสิ้น 11 ครั้ง ละครึ่ง 40-50 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มการบำบัดเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการหารูปแบบในการป้องกันโรคซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับที่ผู้ศึกษาพบในการปฏิบัติงาน 2. รูปแบบการบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่ในเอกลักษณ์ของพยาบาลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง 3. รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษา
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ งานวิจัยนี้ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of clinical child Psychology, Vol.30, No.3, 2001 และมี Peer review 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ Griffith University, Queensland, Australia. 3. ทุนสนับสนุน ไม่แจ้งทุนสนับสนุน

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างและ Intervention ที่ใช้ในงานวิจัยได้อย่างชัดเจน - มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย แต่ไม่ได้ระบุสมมติฐานของงานวิจัย - มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน โดยมีการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการระบุจำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด รวมถึงระบุเหตุผลของผู้เข้าร่วมการบำบัดออกจากการบำบัด - การวิจัยนี้มีการทบทวนวรรณกรรมที่ถูกต้อง ทันสมัย และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง - มีการระบุงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม PRP-A - การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัยมีความเหมาะสม คือ Reynolds Adolescent Depression (RADs), Children's Depression Inventory (CDI) และ Beck Hopelessness Scale (BHS) - การวิจัยมีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ - ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย คือทำการบำบัดเป็นรายกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและลดอาการซึมเศร้าได้ - มีการให้ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้คือ การวิจัยนี้มีการติดตามในระยะสั้น ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดี (Stigma)
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยนี้สอดคล้องกับนโยบายของสถาบันฯ ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตโรงเรียน และสถาบันฯจัดว่าเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	- กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกัน - โปรแกรมการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นาน การประเมินผลลัพธ์ ประเมินจากตัววัยรุ่นเองทำให้ง่ายต่อการติดตาม - ผู้ได้รับประโยชน์จากงานวิจัย เป็นวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าและผู้ปกครอง รวมทั้งผู้ให้การบำบัดเกิดความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการปฏิบัติที่อยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่นำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม - การนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถนำไปใช้ให้สอดคล้องกับงานประจำ และปรับวิธีการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ผู้บริหารด้านการแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ตามบทบาทและหน้าที่ - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากร 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) - อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติในระยะแรก อย่างไรก็ตามหากโปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพ ก็สามารถขยายผลให้กับเครือข่ายโดยการอบรม ให้ความรู้และพัฒนาการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ก็จะสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ - ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลงและได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง School – Based Prevention of Depressive Symptom in Adolescents: A – 6 – Month

Follow – up

ผู้วิจัย Possel, P., Horn, A.B., Groen, G., & Hautzinger, M.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ *Journal American Academic of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004, 43 (8), 1003 - 1010.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยลดความคิดทางลบและเพิ่มทักษะทางสังคมให้แก่วัยรุ่น
ทุน	ได้รับทุนจากสถาบัน Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
สมมติฐานงานวิจัย	มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ อาจเนื่องจากมีความคิดโดยอัตโนมัติ หรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือทางสังคม ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าจะมีความเชื่อว่าโปรแกรมการป้องกันอาการซึมเศร้าจะช่วยให้วัยรุ่นมีความคิดโดยอัตโนมัติและมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม วัยรุ่นจะมีเครือข่ายและแหล่งให้ความช่วยเหลือกว้างขวางขึ้น
Setting งานวิจัย	Regular school setting, all middle schools in the area of Tuebingen (เยอรมนี)
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 -15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในเกรด 8 จำนวน 6 โรงเรียนของพื้นที่ ใน Tubingen ประเทศเยอรมนี จำนวน 347 คน โดยมีการทำหนังสือไปยังโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ และส่งหนังสือไปยังพ่อแม่ของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 6 โรงเรียน มีวัยรุ่นจำนวน 5 คนที่พ่อแม่ไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการและ 18 คนย้ายโรงเรียนไปเรียนในเขตอื่นจึงถูกคัดออก ดังนั้นจะเหลือวัยรุ่นในการศึกษาจำนวน 324 คน ผู้วิจัยได้แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มตามชั้นเรียนของนักเรียน ได้วัยรุ่นในกลุ่มทดลองจำนวน 200 คน จาก 7 ห้องเรียน และกลุ่มควบคุมจำนวน 124 คน จาก 5 ห้องเรียน (เนื่องจากมี 1 โรงเรียนที่มีนักเรียนเพียง 1 ห้อง ผู้วิจัยจึงได้จัดไว้เป็นกลุ่มทดลอง)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) - มีการวัดระดับของอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน CES-D ถ้าเป็นวัยรุ่นหญิงจะต้องมีคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 31 คะแนน ส่วนวัยรุ่นชายจะต้องมีคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 23 คะแนน - ผู้ปกครองยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการ - วัยรุ่นสนใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) - ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการ 5 คน - วัยรุ่นไม่ร่วมมือในการเข้าโครงการ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	The Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 20 ข้อ รูปแบบการให้คะแนนจะมีตั้งแต่ 0 (มีอาการซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 3 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือตลอดเวลา) เกณฑ์การให้คะแนนถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับสูง แบบวัด CES-D มีความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .85 The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) เป็นแบบประเมินที่เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในด้านความคิดอัตโนมัติซึ่งใช้สำหรับวัดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงความคิดอัตโนมัติที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก แบบสอบถาม ATQ มีความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .96 The Questionnaire of Social Support (FESU) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามนี้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่น 3 ด้านคือ ด้านที่ 1 ใช้ประเมินบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่วัยรุ่นมี โดยให้วัยรุ่นเขียนถึงบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	เวลามีเรื่องไม่สบายใจ เกณฑ์การให้คะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยของจำนวนบุคคลที่วัยรุ่นสามารถขอความช่วยเหลือได้ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงวัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .86 ด้านที่ 2 ใช้ประเมินความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน และด้านที่ 3 ความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ โดยให้วัยรุ่นคิดถึงบุคคลที่เขาเขียนถึงในด้านที่ 1 และให้คะแนนความถี่และความพึงพอใจในความช่วยเหลือ จาก คะแนน 1 ถึง 5 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงวัยรุ่นมีความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลนั้น และมีความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา(α) เท่ากับ .76 ในด้านที่ 2 (ความถี่) และเท่ากับ .83 ในด้านที่ 3 (ความพึงพอใจ) ตามลำดับ
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มควบคุม จะได้รับบทเรียนตามปกติ กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโดยจัดให้เข้าโปรแกรม Ease of handling social aspect in life – training (LISA-T) ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอาศัยรูปแบบการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy, CBT) ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที 2. ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตวิทยาหรือผู้ให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางด้านการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยาการศึกษากับวัยรุ่น 3. รูปแบบการบำบัด กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโดยจัดให้เข้าโปรแกรม Ease of handling social aspect in life – training (LISA-T) ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอาศัยรูปแบบการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy, CBT) ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลาในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	บำบัดครั้งละ 90 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ในช่วงแรกจะเน้นที่การปรับกระบวนการคิดโดยอธิบายให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม จากนั้นช่วยให้วัยรุ่นได้ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติที่ตนมีเผชิญกับความคิดนั้นและทดแทนความคิดที่เป็นในทางลบด้วยความคิดใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงมากขึ้น มีความหวังมากขึ้น จากนั้นก็จะเน้นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่นเกี่ยวกับการฝึกการกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนั้นก็มีการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อมุ่งให้วัยรุ่นสามารถที่จะติดต่อและหาเครือข่ายทางสังคมเพื่อขอความช่วยเหลือได้ 4. การประเมินผล มีการประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที 6 เดือน
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	พบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าน้อยกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด เป็นเวลา 6 เดือน โดยพบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่เริ่มมีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Subsyndromal depressive disorder) มีอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Minimal symptoms) และกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้ามาก (Clinically relevant Symptoms) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในส่วน of ความคิดอัตโนมัติและทักษะการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยใช้โปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม (LISA-T) ซึ่งใช้การบำบัดเป็นรายกลุ่มสามารถนำไปใช้ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 -15 ปี ที่มีอาการซึมเศร้าได้ และกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา เกรด 8 ซึ่งเสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 2. การวัดผลลัพธ์หลักโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- The Center for Epidemiologic Studied Depression Scale - The Automatic Thoughts Questionnaire - The Questionnaire of Social Support 3.คุณสมบัติของผู้บำบัด - เป็นพยาบาลหรือผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่นหรือผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษากับวัยรุ่น และมีประสบการณ์ในการทำงานกับวัยรุ่น - เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับเด็กและวัยรุ่น 4. เป้าหมายของเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ลดความคิดเชิงลบและเพิ่มทักษะทางสังคม 5. รูปแบบการบำบัด เป็นโปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอาศัยรูปแบบการบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy, CBT) ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการหารูปแบบในการป้องกันโรคซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับที่ผู้ศึกษาพบในการปฏิบัติงาน 2. รูปแบบการบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่ในเอกลักษณ์ของพยาบาลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง 3. รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษา
การมีความหมาย หรือคุณค่าในเชิง ศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Journal American Academic of Child & Adolescent Psychiatry, Vol.43, No.8, 2004. และมี Peer review 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่มีความชำนาญเกี่ยวกับ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	อาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และปฏิบัติงานอยู่ที่ University of Tübingen (P.P., A.B.H., M.H.) and University of Bremen (G.G.) Germany. 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างและ Intervention อย่างชัดเจน - งานวิจัยระบุปัญหาและความเป็นมาที่ต้องทำการวิจัยไว้ชัดเจนว่าการบำบัดแบบใด - มีการกำหนดวัตถุประสงค์และสมมติฐานอย่างชัดเจนในการป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยลดความคิดเชิงลบและเพิ่มทักษะทางสังคม - มีการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับสมมติฐาน งานวิจัยที่มีการทบทวนวรรณกรรมมีการกำหนดกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายคือวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน - งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - มีการนำแบบวัดต่าง ๆ ใช้ในการประเมิน เช่น The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), The Automatic Thoughts Questionnaire(ATQ), The Questionnaire of Social Support (FESU) มาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ที่เหมาะสม - การวิจัยมีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ที่เหมาะสม และตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การประเมินผลลัพธ์ - ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ การบำบัดแบบ การปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ - สรุปผลการวิจัยมีการอ้างถึงกลุ่มประชากรในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และมีการติดตามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นซึ่งเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของงานวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับพันธกิจของสถาบันในการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นผู้รับผิดชอบ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	- กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกัน - โปรแกรมการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นาน การประเมินผลลัพธ์ประเมินจากตัววัยรุ่นเองทำให้ง่ายต่อการติดตาม 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติที่อยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่ให้นำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม - การนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถนำไปใช้ให้สอดคล้องกับงานประจำ และปรับวิธีการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ผู้บริหารด้านการแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ตามบทบาทและหน้าที่ - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากร 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) - อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติในระยะแรก อย่างไรก็ตามหากโปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพ ก็สามารถขยายผลให้กับเครือข่ายโดยการอบรม ให้ความรู้และพัฒนาการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ก็จะสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ - ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลงและได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง Influence of general self – efficacy on the effects of a school – based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow up study.

ผู้วิจัย Possel, P., Baldus, C., Horn, A.B., Groen, G., & Hautzinger, M.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005, 46 (9), 982 – 994.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยลดความคิดทางลบและเพิ่มทักษะทางสังคมให้แก่วัยรุ่น 2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับต่ำและสูงเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
ทุน	ได้รับทุนจากสถาบัน Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
สมมติฐานงานวิจัย	โปรแกรมการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นโปรแกรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นประโยชน์ในการพัฒนาทักษะทางสังคม ความคิด และสัมพันธภาพกับเพื่อน มีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคม สำหรับในกลุ่มย่อยก็จะมีคามคาดหวังการมีคุณค่าในตนเอง วัยรุ่นที่มีคุณค่าในตนเองสูงก็จะมีคามเชื่อและเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการบำบัด แสดงให้เห็นว่ามีการทำหน้าที่ดีขึ้น มีความคิดในทางที่ดี ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการใช้เครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น เพราะจะทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ที่ จะเชื่อมโยงไปถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน โปรแกรม LISA เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นลดน้อยลง
Setting งานวิจัย	The principals of all middle schools in the area of Tuebingen (เยอรมนี)
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13–15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในเกรด 8 จำนวน 6 โรงเรียนของพื้นที่ ใน Tubingen ประเทศเยอรมนี จำนวน 347 คน โดยมีการทำหนังสือไปยังโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ และส่งหนังสือไปยังพ่อแม่ของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 6 โรงเรียน มีวัยรุ่นจำนวน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	5 คน ที่พ่อแม่ไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการและ 18 คนย้ายโรงเรียนไปเรียนในเขตอื่นจึงถูกคัดออก ดังนั้นจะเหลือวัยรุ่นในการศึกษาจำนวน 324 คน ผู้วิจัยได้แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มตามชั้นเรียนของนักเรียน ได้วัยรุ่นในกลุ่มทดลองจำนวน 200 คน จาก 7 ห้องเรียน และกลุ่มควบคุมจำนวน 124 คน จาก 5 ห้องเรียน (เนื่องจากมี 1 โรงเรียนที่มีนักเรียนเพียง 1 ห้อง ผู้วิจัยจึงได้จัดไว้เป็นกลุ่มทดลอง) ในระหว่างดำเนินการวิจัยมีวัยรุ่นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมออกจากการศึกษาไปทำให้เหลือวัยรุ่นที่เข้าร่วมในการศึกษาจนเสร็จสิ้นการศึกษาทั้งสิ้น 279 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 163 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 116 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) - มีการวัดระดับของอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน CES-D ที่มีคะแนน สูง กล่าวคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า - ผู้ปกครองยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการ - วัยรุ่นสนใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) - ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการ - วัยรุ่นไม่ร่วมมือในการเข้าโครงการ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	The Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 20 ข้อ รูปแบบการให้คะแนนจะมีตั้งแต่ 0 (มีอาการซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 3 (มีอาการซึมเศร้ามากหรือตลอดเวลา) เกณฑ์การให้คะแนนถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับสูง แบบวัด CES-D มีความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .85 The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) เป็นแบบประเมินที่เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในด้านความคิดอัตโนมัติซึ่งใช้สำหรับวัดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นบ่อยมาก แบบสอบถาม ATQ มีค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .96 The Questionnaire of Social Support (FESU) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามนี้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่น 3 ด้านคือ ด้านที่ 1 ใช้ประเมินบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่วัยรุ่นมี โดยให้วัยรุ่นเขียนถึงบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลามีเรื่องไม่สบายใจ เกณฑ์การให้คะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยของจำนวนบุคคลที่วัยรุ่นสามารถขอความช่วยเหลือได้ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงวัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .86 ด้านที่ 2 ใช้ประเมินความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน และด้านที่ 3 ความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ โดยให้วัยรุ่นคิดถึงบุคคลที่เขาเขียนถึงในด้านที่ 1 และให้คะแนนความถี่และความพึงพอใจในความช่วยเหลือ จาก คะแนน 1 ถึง 5 โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงวัยรุ่นมีความถี่ในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลนั้น และมีความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .76 ในด้านที่ 2 (ความถี่) และเท่ากับ .83 ในด้านที่ 3 (ความพึงพอใจ) ตามลำดับ The General Self – Efficacy Scale (GSE) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคำถาม 10 ข้อ รูปแบบการให้คะแนนมี 4 ระดับจาก 1 (ข้อความนั้นไม่จริง) ถึง 4 (ข้อความนั้นจริงมากที่สุด) คะแนนอยู่ในช่วง 10 ถึง 40 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .87
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มควบคุม จะได้รับบทเรียนตามปกติ กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโดยจัดให้เข้าโปรแกรม Ease

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	of handling social aspect in life – training (LISA-T) ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอาศัยรูปแบบการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที 2. ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตวิทยาหรือผู้ให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยาการศึกษากับวัยรุ่น 3.รูปแบบการบำบัด กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโดยจัดให้เข้าโปรแกรม Ease of handling social aspect in life – training (LISA-T) ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอาศัยรูปแบบการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที ในช่วงแรกจะเน้นที่การปรับกระบวนการคิดโดยอธิบายให้นักเรียนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม จากนั้นช่วยให้นักเรียนได้ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติที่ตนมี เชื่อมโยงความคิดนั้นและทดแทนความคิดที่เป็นในทางลบด้วยความคิดใหม่ที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงมากขึ้น มีความหวังมากขึ้น จากนั้นก็จะเน้นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่นเกี่ยวกับการฝึกการกล้าแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง และการแสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนั้นก็มีการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อมุ่งให้วัยรุ่นสามารถที่จะติดต่อและหาเครือข่ายทางสังคมเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (Illustrating the relationship between cognition, emotion and behavior) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม (Exploring and changing dysfunction cognition) ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ขั้นตอนที่ 3 การฝึกการกล้าแสดงออกและยืนหยัดสิทธิของตน (Assertiveness training) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 การฝึกสมรรถนะทางสังคม (Training of social competence) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 4. การประเมินผล วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุม ในส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะใช้บริการจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมบ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial (RCT)
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุม ในส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะใช้บริการจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมบ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีอาการซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยใช้โปรแกรม LISA คือการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งใช้การบำบัดเป็นรายกลุ่มสามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13- 15 ปี และที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาเกรด 8 ที่เสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 2. การวัดผลลัพธ์หลัก โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าวัดก่อนและหลังการบำบัดเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้แก่ - The Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) - The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) - The Questionnaire of Social Support (FESU) - The General Self – Efficacy Scale (GSE) 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาหรือผู้ที่มีประสบการณ์การด้านการให้ปรึกษาและจบการศึกษาระดับปริญญาโททางการให้คำปรึกษา หรือจิตวิทยาการศึกษาด้านสุขภาพจิตกับวัยรุ่น 4. เป้าหมายของการบำบัด เพื่อป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความคิดเชิงบวก มีสัมพันธภาพกับเพื่อน และทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น 5. รูปแบบการบำบัด โปรแกรมการฝึกการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอาศัยรูปแบบการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 10 ครั้งๆ ละ 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 90 นาที
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการหารูปแบบในการป้องกันโรคซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับที่ผู้ศึกษาพบในการปฏิบัติงาน 2. รูปแบบการบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่ในเอกลักษณ์ของพยาบาลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง 3. รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษา

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.46, No.9, 2005. และมี Peer review 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของเมือง Tuebingen ประเทศเยอรมนี 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงวิธีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถของวัยรุ่นเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - งานวิจัยมีการระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ทำการวิจัยไว้ชัดเจน คือมีการทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น - มีการระบุวัตถุประสงค์คือ ป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ลดความคิดทางลบ และเพิ่มทักษะทางสังคม - มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรมถูกต้องและทันสมัย - มีการระบุงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง แบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - มีการใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์หลักที่เหมาะสม เช่น CES-D The Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D), The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ), The Questionnaire of Social Support (FESU) - การวิจัยนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย - ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยได้ที่เป็นการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและความคิดในทางลบ - ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	- มีการให้ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คือ โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยวิธีที่มีอาการซึมเศร้า งานวิจัยนี้ต้องการให้มีการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ถ้าเป็นไปได้ควรมีการแยกกลุ่มเพศ และควรที่จะมีการศึกษาต่อไปในอนาคต
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับพันธกิจของสถาบันฯ ในการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นผู้รับผิดชอบ - กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกัน - โปรแกรมการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นาน การประเมินผลลัพธ์ประเมินจากตัววิจัยเองทำให้ง่ายต่อการติดตาม 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติที่อยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางกายภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่นำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม - การนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถนำไปใช้ให้สอดคล้องกับงานประจำ และปรับวิธีการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ผู้บริหารด้านการแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ตามบทบาทและหน้าที่ - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากร 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) - อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติในระยะแรก อย่างไรก็ตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ตามหากโปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพ ก็สามารถขยายผลให้กับเครือข่ายโดยการอบรม ให้ความรู้และพัฒนากำหนดแนวปฏิบัติไปใช้ได้ก็จะสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ - ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลงและได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง



เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง School – Based Prevention of Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Study of The Effectiveness and Specificity of the Penn Resiliency Program

ผู้วิจัย Gillham, J.E., Reivich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, J.M., Shatte, A.J., Samuels, B., Elkon, A.G.L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., Seligman, M.E.P.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007, 75 (1): 9 – 19.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม Penn resiliency program (PRP) ในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น
ทุน	ได้รับทุนจาก The National Institute of Mental Health Grant MH 52270
สมมติฐานงานวิจัย	มีการทำนายโปรแกรม Penn resiliency program (PRP) ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม Penn Enhancement Program (PEP) ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะมีการเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมระหว่างการติดตาม คือ 1. มีการรายงานระดับของอาการซึมเศร้าที่ลดลง 2. มีการประเมินในระยะเริ่มต้นที่แสดงถึงระดับอาการทางคลินิกที่ต่ำกว่าหรือสูงกว่าของการเข้ามามีส่วนร่วมในเงื่อนไขอื่น ๆ
Setting งานวิจัย	Three middle school in a suburban metropolitan area in United States.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในเกรด 6, 7 และ 8 ของโรงเรียนในเขตชานเมือง 3 แห่ง จำนวน 718 คนที่มีอายุระหว่าง 10–15 ปี ซึ่งผู้ปกครองยินดีให้เข้าร่วมในการศึกษา นักเรียนทั้งหมดจะได้รับการคัดกรองอาการซึมเศร้าโดยทำแบบประเมิน CDI นักเรียนที่มีคะแนน CDI น้อยกว่า 13 คะแนน จำนวน 534 คน จะได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมในการศึกษา นักเรียนที่มีคะแนน CDI มากกว่า 13 คะแนน จำนวน 175 คน จะได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้ Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) พบว่านักเรียน 8 คน มีอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและส่งตัวนักเรียนเพื่อเข้ารับการรักษา นักเรียนที่เหลือจำนวน 167 คน จะถูกคัดเข้าไว้ในการศึกษา มีนักเรียนจำนวน 13 คน ขอลาออกจากการศึกษาก่อนที่จะเริ่มมีการสุ่ม ดังนั้นคงเหลือนักเรียนที่จะได้รับการสุ่มทั้งสิ้น 697 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มนักเรียนเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่ม Penn Resiliency Program (PRP) จำนวน 232 คน, กลุ่มThe Penn Enhancement Program (PEP) จำนวน 231 คน และ Control group (CON) จำนวน 234 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) - มีการวัดระดับของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน CDI ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน กล่าวคือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MDD แต่มีอาการน้อย - ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) - ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง - มีการวัดระดับของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน CDI ที่มีคะแนนน้อยกว่า 13 คะแนน - ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	- Children' s depression inventory(CDI) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่น มีจำนวน 27 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ช่วงคะแนน จาก 0 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 2 (มีอาการซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ) คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ามาก
การบำบัด	1.กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการสุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กล่าวคือ 1. กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน แต่นักเรียนหรือผู้ปกครองสามารถที่จะขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ 2. กลุ่มทดลอง มี 2 กลุ่ม กล่าวคือ 2.1 กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม Penn Resiliency

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	Program (PRP) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวทางการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 12 ครั้งๆ ละ 90 นาที 2.2 กลุ่มที่เข้าโปรแกรม The Penn Enhancement Program (PEP) นักเรียนจะได้เรียนรู้การประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ ผ่านการอภิปรายในกลุ่มและการทำกรบ้านกล่าวคือ จะมุ่งเน้นในเรื่องของการเผชิญความเครียด อาการซึมเศร้า การสร้างความไว้วางใจ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนถึงความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งจะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกซึ่งกันและกัน 2. ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตวิทยา หรือผู้ให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยาการศึกษากับวัยรุ่น 3. รูปแบบการบำบัด กลุ่มทดลอง มี 2 กลุ่ม กล่าวคือ 2.1 กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม Penn Resiliency Program (PRP) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวทางการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 12 ครั้งๆ ละ 90 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม(Link between belief , feeling and behaviors) ครั้งที่ 2 รูปแบบความคิด (Cognitive Styles) รวมถึงรูปแบบความคิดในเชิงลบ(pessimistic styles) ครั้งที่ 3, 4 เป็นการปรับกระบวนการคิด (Cognitive Restructuring Skillsรวมถึงกลวิธีในการทำทลายความคิดเชิงลบด้วยการประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และการพยายามหาแนวทางในการแปลความคิด ความเชื่อนั้นใหม่ในทางที่สร้างสรรค์ ครั้งที่ 5 เป็นการทบทวนบทเรียนครั้งที่ 1-4 (Review of lesson 1-4)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 6 เป็นยืนยันและการเจรจาต่อรอง (Assertiveness and negotiation) ครั้งที่ 7 การเรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและแนวทางการจัดการกับปัญหา (Coping strategies) ครั้งที่ 8 ระดับของภาระหน้าที่และการฝึกทักษะทางสังคม (Grade task and social skills training) ครั้งที่ 9 การตัดสินใจและการสรุปทบทวนครั้งที่ 6-8 (Decision making and review of lesson 6-8) ครั้งที่ 10 การแก้ไขปัญหาทางสังคม (Social problem-solving) ครั้งที่ 11 จัดแบบฟอร์มให้นักเรียนสามารถนำเทคนิค 5 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ได้ (Provide a form for the students to apply the five – step technique) ครั้งที่ 12 สรุปโปรแกรมและจัดงานปาร์ตี้สำหรับนักเรียน (Review of the entire program and party for the students) 2.2 กลุ่มที่เข้าโปรแกรม The Penn Enhancement Program (PEP) นักเรียนจะได้เรียนรู้การประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆผ่านการอภิปรายในกลุ่มและการทำบ้านกล่าวคือ จะมุ่งเน้นในเรื่อง ของ การเผชิญความเครียด อาการซึมเศร้า การสร้างความไว้วางใจ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนถึง ความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งจะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกซึ่งกันและกัน 4. การประเมินผลวัยรุ่นในกลุ่มทดลอง ที่เข้าโปรแกรม PRP ใน 2 โรงเรียน มีคะแนนอาการซึมเศร้าซึ่งประเมินด้วยแบบวัด CDI น้อยกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด ที่ระยะ 12, 18, 24 และ 30 เดือน
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Control Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง ที่เข้าโปรแกรม PRP ใน 2 โรงเรียน มีคะแนนอาการซึมเศร้าซึ่งประเมินด้วยแบบวัด CDI น้อยกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด ที่ระยะ 12, 18, 24 และ 30 เดือน ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างวัยรุ่นที่เข้าโปรแกรม PEP กับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามพบว่าไม่พบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าระหว่างวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรม PRP กับวัยรุ่นในกลุ่มควบคุมในโรงเรียนที่ศึกษาอีก 1 โรงเรียน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยใช้ความเข้มแข็งทางใจ PRP ซึ่งใช้การบำบัดเป็นรายกลุ่มสามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12 -14 ปี และกำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาเกรด 6,7,8 ซึ่งเสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 2. การวัดผลลัพธ์หลักโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า ซึ่งมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ The Children's Depression Inventory (CDI) 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด - พยาบาล หรือผู้ที่ให้คำปรึกษาที่จบการศึกษาด้านสุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่น - เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการให้การปรึกษา 4. เป้าหมายของการบำบัด เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม Penn resiliency program (PRP) ในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น 5. รูปแบบการบำบัด เป็นการบำบัดเป็นรายกลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัด 12 ขั้นตอน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยทำสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 90 นาที
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการหารูปแบบในการป้องกันโรคซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับที่ผู้ศึกษาพบในการปฏิบัติงาน 2. รูปแบบการบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่ในเอกลักษณ์ของพยาบาลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	3. รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษา
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Journal of Consulting and Clinical psychology, Vol.75, No.1, 2007 และมี Peer review 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ University of Pennsylvania and Swarth more collage 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก The National Institute of Mental Health Grant MH. 52270 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาและตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย - มีการระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลไว้อย่างชัดเจน - มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม Penn resiliency program (PRP) ในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น - สมมุติฐานงานวิจัยมีการทำนายโปรแกรม Penn resiliency program ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม Penn – enhancement Program (PEP) ในวัยรุ่น และคาดหวังว่าอาการซึมเศร้าลดลง - งานวิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่มีสนับสนุนสมมุติฐานงานวิจัย วรรณกรรมที่ทบทวนมีความถูกต้องและทันสมัย - มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายและการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน - มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยคือ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการวางแผนเป็นอย่างดี - การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลัก มีการใช้แบบประเมิน The Children’s Depression Inventory (CDI) - การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เหมาะสมกับวัตถุประสงค์

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ของการวิจัยและการประเมินผลลัพธ์หลัก - ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยว่าโปรแกรม PRP สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ แต่มีข้อจำกัดว่าถ้าอยู่คนละพื้นที่จะไม่มี ความแตกต่างกันในการประเมินผลลัพธ์ - มีการให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ คือโปรแกรม PRP มี ประสิทธิภาพในการป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และจะมีผลใน ระยะยาวถ้าครูหรือผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนจัดสถานที่สำหรับให้ คำแนะนำ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับพันธกิจของ สถาบันฯในการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มงานจิตเวช และสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็น ผู้รับผิดชอบ - กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกัน - โปรแกรมการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นาน การประเมินผลลัพธ์ ประเมินจากตัววัยรุ่นเองทำให้ง่ายต่อการติดตาม 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - โรงพยาบาลในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสามารถนำแนว ปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการปฏิบัติที่อยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่ให้นำแนวปฏิบัติไปใช้ จะต้องผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าใน วัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการบำบัดแบบการปรับความคิดและ พฤติกรรม - การนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถนำไปใช้ให้สอดคล้องกับงาน ประจำ และปรับวิธีการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ผู้บริหารด้านการแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนการนำแนว ปฏิบัติมาใช้ตามบทบาทและหน้าที่

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	- เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากร 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) - อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติในระยะแรก อย่างไรก็ตามหากโปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพ ก็สามารถขยายผลให้กับเครือข่ายโดยการอบรม ให้ความรู้และพัฒนากำหนดแนวปฏิบัติไปใช้ได้ก็จะสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ - ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีโอกาสการซึมเศร้าลดลงและได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

(Effectiveness of coping skill training program on depressive in early adolescents)

ผู้วิจัย กลenna ประทุม

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น
ทุน	-
สมมติฐานงานวิจัย	- คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะมีการติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงน้อยกว่าก่อนการทดลอง - คะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะมีการติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติ
Setting งานวิจัย	โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี โดยสุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมา 1 ห้องเรียนจำนวน 30 คน ก่อนการทดลองวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Children' s depression inventory (CDI) มีเกณฑ์ในการคัดนักเรียนเข้าทำการศึกษาคือ นักเรียนต้องสมัครใจและผู้ปกครองยินยอมให้ เข้าร่วมทำการศึกษา โดยแบ่งวัยรุ่นให้เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติที่ทางโรงเรียนจัด เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) - วัยรุ่นที่ได้รับเชิญและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ - ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) - วัยรุ่นที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ - วัยรุ่นที่มีคะแนน CDI มากกว่า 21 คะแนน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	Children's depression inventory (CDI) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญได้แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติและคุณิต ลิขนะพิชิตกุล มีจำนวน 27 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 3 ช่วงคะแนน จาก 0 (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือไม่มีเลย) ถึง 2 (มีอาการซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้ามาก คะแนนระหว่าง 15 – 20 คะแนนแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่าความสอดคล้องภายในของคอนบาร์คแอลฟา (α) เท่ากับ .83
การบำบัด	1. กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลที่ทางโรงเรียนจัดให้ กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดโดยการจัดให้เข้าโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วย 11 ขั้นตอน โดยการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที 2. ผู้บำบัด เป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางด้านการให้คำปรึกษาหรือจิตวิทยาการศึกษากับวัยรุ่น หรือผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตวัยรุ่น 3. รูปแบบการบำบัด โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีการบำบัดทั้งสิ้น 11 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 นักเรียนจะได้ทราบวัตถุประสงค์และลักษณะของกลุ่ม ทำความรู้จักกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันเมื่อเข้ากลุ่ม ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและผลที่เกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า สามารถสังเกตตนเองได้เมื่อมีภาวะเครียด เห็นความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีทักษะในการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง จากการฝึกทำบันทึกอารมณ์ ครั้งที่ 3 ทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิดทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถระบุความคิดทางลบของตนเองได้ ครั้งที่ 4 เรียนรู้ถึงวิธีที่จะช่วยในการหยุดความคิดทางลบ ฝึกปฏิบัติการนำเทคนิคหยุดคิดมาใช้ในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองว่าเราสามารถควบคุมความคิดของตนเองได้ ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบเป็นความคิดเชิงบวกจากการฝึกปฏิบัติ และสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเอง ในการที่จะปรับเปลี่ยนจากความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการตั้งรางวัลให้กับตนเอง ครั้งที่ 6 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดและฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดี ที่ทำให้สามารถสร้างและดำรงสัมพันธภาพที่ดี กับผู้อื่นได้ ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะกล้าแสดงออก สามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม ครั้งที่ 9 ทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหา ประสพการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเคยใช้ สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขปัญหา และเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ครั้งที่ 10 เรียนรู้หลักของการแก้ไขปัญหา อย่างเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติทักษะในการแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 11 สรุปการเรียนรู้และทบทวนในกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลกิจกรรมและแสดง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ความรู้สึกร่วมกับกิจกรรมที่เกิดขึ้น วัดผลของคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลอง 4.การประเมินผล ประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตาม 1 เดือนหลังให้การบำบัด
ระเบียบวิธีวิจัย	Experimental Research
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นสามารถนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 11 -14 ปี และกำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ซึ่งเสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 2. การวัดผลลัพธ์หลักในการวิจัยนี้ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า โดยมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ - Children's depression inventory (CDI) 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด - พยาบาล หรือผู้ที่ให้คำปรึกษาที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านสุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่น - เป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้การปรึกษาโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตกับวัยรุ่น 4. เป้าหมายของการบำบัด เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น 5. รูปแบบการบำบัด เป็นการบำบัดโดยแบ่งวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรม 11 ครั้ง และกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติที่ทางโรงเรียนจัดให้

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการหารูปแบบในการป้องกันโรคซึมเศร้าให้กับวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้การบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับที่ผู้ศึกษาพบในการปฏิบัติงาน 2. รูปแบบการบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่ในเอกลักษณ์ของพยาบาลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้จริง 3. รูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับงานของผู้ศึกษา
การมีความหมายหรือ คุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2007 2. ผู้ทำการวิจัย เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตกับวัยรุ่น 3. ทุนสนับสนุน ไม่ได้ระบุ 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างและ Intervention ที่ใช้ในการวิจัยไว้อย่างชัดเจน - มีการระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลไว้อย่างชัดเจน - มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น - มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการบำบัด เพื่อสนับสนุนสมมุติฐานในการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น - มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ชัดเจนและระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน - มีการระบุว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย คือ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักมีความเหมาะสม โดยใช้แบบประเมิน CDI - การวิจัยนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและระดับการวัดผลลัพธ์หลัก - ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยว่า การบำบัดโดยใช้โปรแกรมพัฒนา

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น - สรุปข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดมีประสิทธิภาพในการป้องกันและลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นควรมีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของวัยรุ่นในประเทศไทย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับพันธกิจของสถาบันฯ ในการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นผู้รับผิดชอบ - กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกัน - โปรแกรมการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นาน การประเมินผลลัพธ์ประเมินจากตัววัยรุ่นเองทำให้ง่ายต่อการติดตาม 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลในกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติที่อยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ของการปฏิบัติงานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างไรก็ตามผู้ที่ให้นำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม - การนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถนำไปใช้ให้สอดคล้องกับงานประจำ และปรับวิธีการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ผู้บริหารด้านการแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ตามบทบาทและหน้าที่ - เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากร 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio)

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	- อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติในระยะแรก อย่างไรก็ตาม หากโปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพ ก็สามารถขยายผลให้กับเครือข่ายโดยการอบรม ให้ความรู้และพัฒนากำหนดแนวปฏิบัติไปใช้ได้ ก็จะสามารถลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานได้ - ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น คือวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าลดลงและ ได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ- สกุล	นางประเทือง ละออสุวรรณ
วัน เดือน ปี เกิด	1 มิถุนายน 2503
ภูมิลำเนา	จังหวัดกรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา แขวงสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	37 ม. 6 ถนนเพชรเกษม ซอย เสรฐภักกิจ 29 แขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทรศัพท์ 4370200-8ต่อ 4195, 4197 มือถือ 087- 8120677