การประเมินและการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

เบญจวรรณ สามสาลี*, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน*, ราคาล ซารา เจน ลูบาตัน*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะของอารมณ์เศร้า หดหู่ ความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า ตำหนิตนเอง มีความคิดทางลบต่อตนเองและผู้อื่น อาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินปกติ สมาธิลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิต สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่สามารถทำงานหรือเรียนหนังสือ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สาเหตุของการเกิดภาวะนี้มาจากหลายปัจจัย ภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงรุนแรง หากมีอาการต่อเนื่องติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ ควรได้รับการช่วยเหลือและบำบัดรักษา จากทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายที่รุนแรงคือการฆ่าตัวตาย การประเมินและการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการประเมินจะทำให้ทราบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับใดควรได้รับการบำบัดแบบใด การบำบัดมีทั้งบำบัดทางชีวภาพและบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งช่วยลดความรุนแรงที่นำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ การประเมินและช่วยเหลือ, ภาวะซึมเศร้า, การป้องกันการฆ่าตัวตาย

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567 หน้า 50-61

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: bunyaphakheng@gmail.com Tel. 080-653-5162

วันที่รับบทความ: 26 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 ธันวาคม 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 17 ธันวาคม 2567

The Assessment and Depression Treatment for Suicide Prevention in Individuals with Depression

Benjawan Samsalee*, Bunyaphak Hengnalen*, Racal Sarah Jane Lubaton*

Depression is an emotional disorder characterized by feelings of sadness, hopelessness, worthlessness, self- blame, and negative thoughts toward oneself and others. Physical symptoms may also accompany depression, such as loss of appetite, weight loss, insomnia or hypersomnia, and decreased concentration. These symptoms can affect daily behavior, including reduced self-care and interest in the environment, making it difficult to work, study, or carry out daily activities. Depression may have a variety of causes, such as the loss of a loved one, but it can also arise without any specific reason. The severity of depression ranges from mild to severe, with some individuals experiencing intermittent episodes. If symptoms persist for more than two weeks, professional help and treatment are recommended to prevent severe outcomes, such as suicide. Assessing and providing support to individuals with depression is crucial in determining the level of depression and the appropriate treatment, whether biological or psychosocial, and in preventing further harm in cases of severe depression.

Keywords: The Assessment and treatment, Depression, Suicide prevention

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(2), 50-61

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand.
Corresponding author, e-mail: bunyaphakheng@gmail.com Tel. 080-653-5162

Received: 26 October 2567, Revised: 6 December 2567, Accepted: 17 December 2567

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านความคิด ความรู้สึก ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ไร้ค่า ท้อแท้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เกิดขึ้นได้กับคนปกติทั่วไปทุกเพศทุกวัย ถ้าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ เป็นครั้งคราวแล้วหายไปไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติที่ต้องบำบัดรักษา แต่ถ้าเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาเกิน 2 สัปดาห์ ร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง รวมทั้งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ถือว่ามีความผิดปกติที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา หากไม่รักษาอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง กลายเป็นโรคซึมเศร้าตามมา จนสามารถทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (Beck & Bredemeier, 2016)

ความหมายและความชุกของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไปจากเดิม คือ เกิดการมองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ การรับประทานอาหารลดลง ขาดสมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีเป้าหมายชีวิตในทางที่แย่ลง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างน้อยต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ (Keltner & Steele, 2019) องค์การอนามัยโลกระบุว่าเกือบร้อยละ 4 ของประชากรโลกป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่วนประเทศไทยพบร้อยละ 2.2 ของประชากร และวัยรุ่นมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 11.03 ถึง 52.90 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 4,000 คน ต่อปี สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายคือภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งมีปริมาณค่อนข้างสูง (กรมสุขภาพจิต, 2566)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามาจากหลายสาเหตุ อธิบายได้โดยทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สาเหตุด้านชีววิทยา (Biological cause) ได้แก่

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่อง หรือความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซททิลโคลิน (Acetylcholine) โดพามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง (Boyd, 2012) การลดลงของนอร์อิพิเนฟริน จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มีความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง (Boyd, 2012)

1.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาทางด้านพันธุกรรม พบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 54 ขณะที่คู่แฝดคนละใบพบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24 และการศึกษาของชูชเตอร์ ดาวน์ส และซิซุก พบว่าบุตรที่เกิดจากบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า บุตรมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-45 (Shuchter, Downs & Zisook, 2012 cited in (Keltner & Steele, 2019)

2. สาเหตุด้านจิตสังคม (Psychosocial cause) ได้แก่

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (Oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcissistic

personality) เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่บุคคลเข้าใจไปเอง จะมีผลทำให้ตัวตน (Ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่าง สัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ (Judgement) ความมีเหตุผล (Reasoning) การแก้ปัญหา (Problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (Decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล (Logical) และความถูกต้องเหมาะสม (Correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ไม่สามารถปลดปล่อยตนเองจากความซึมเศร้าและความรู้สึกสูญเสียได้ ทำให้บุคคลมีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าไม่มีความหมายใดๆ (Waltman, Creed & Beck, 2016)

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (Learned helplessness theory) ของเซลิกแมน (Seligman, 2000 cited in Jackman-Cram, Dobson & Martin, 2006) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Helplessness) ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ได้แก้ไข ประกอบกับการขาดแรงเสริม (Inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคล คือ ปัญญาที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งเบ็ค และอัลฟอร์ด (Beck & Alford, 2009) ได้เสนอภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมซึ่งประกอบด้วย ลักษณะความคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้างทางความคิด ความเชื่อและความคิดที่บิดเบือน ลักษณะความคิดหลัก 3 ประการ บุคคลจะมีลักษณะมองความคิด 3 ประการนี้บิดเบือนจากความเป็นจริง คือ มองโลกในทางลบและส่งผลต่อการมีอารมณ์เศร้า

ลักษณะของอาการซึมเศร้า ในการมีภาวะซึมเศร้า บุคคลมักมีอาการเศร้า ซึ่งจารุรินทร์ ปิตานุพงศ์ (2563) ได้แบ่งลักษณะของอาการซึมเศร้ามาแยกโรค มีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะปรับตัวต่อความเครียดที่ผิดปกติ (Adjustment disorder) จะมีเหตุการณ์หรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น ตกงาน อกหัก และไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ หลังจากนั้นจะมีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ ปรับตัวไม่ได้ สูญเสียการทำหน้าที่ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ขาดเรียน เก็บตัวอยู่ในบ้าน เป็นต้น

2. ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Grief and loss) ภาวะเศร้าจากการสูญเสีย ผู้สูญเสียจะมีความเศร้าจากการสูญเสียหรือการตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งภาวะสูญเสียปกติจะมีอารมณ์เศร้าที่ไม่รุนแรงเหมือนอารมณ์เศร้าในโรคซึมเศร้า และใช้ระยะเวลาไม่นานและลดลงตามเวลา จนสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ แต่อาจมีอารมณ์เศร้าหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง และค่อยๆ หายไปภายใน 3 เดือน

3. ภาวะเครียดหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Acute stress disorder and Post-traumatic stress disorder: PTSD) เป็นภาวะที่บุคคลประสบกับความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญ และไม่สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เคยใช้ได้ผล เช่น การถูกข่มขืน เหตุการณ์ถูกน้ำท่วมรุนแรง จนทำให้ผู้ประสบเหตุมีอาการต่างๆ ดังนี้ ตื่นตระหนก ตกใจง่าย หวาดกลัว เหนื่อยง่าย คิดถึงแต่เหตุการณ์หรือภาพเหตุการณ์ซ้ำๆ ใจสั่น สมองมึนงง เหมือนตกอยู่ในช่วงเหตุการณ์นั้น พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะเชื่อมโยงกับสถานการณ์ร้ายนั้น ถ้าอาการที่เกิดขึ้นหายไปภายใน 1 เดือน หลังประสบเหตุ

เรียกว่า Acute stress disorder แต่ถ้าอยู่นานเกิน 1 เดือน เรียกว่า Post-traumatic stress disorder หรือ “PTSD”

4. โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางอารมณ์ จะมีความเครียดนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ถ้าไม่มีปัจจัยกระตุ้นนำมาก่อน จะเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท หรือสารเคมีในสมอง (Neuro transmitter) เป็นหลัก หากมีความเครียดนำมาก่อน อารมณ์เศร้าที่พบในคนเป็นโรคซึมเศร้าจะต่างจากอารมณ์เศร้าที่พบจากการปรับตัวต่อความเครียดที่ผิดปกติ (Adjustment disorder) คือ จะมีความรุนแรงมากกว่า และมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น รู้สึกว่างเปล่า หดหู่ร่วมกับอาการทางกาย และการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด (Cognition) ซึ่งเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ

4.1 มีอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย ท้อแท้เกือบตลอดเวลาและติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ ในวัยรุ่นอาจแสดงออกโดยมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ส่วนผู้สูงอายุมักแสดงออกลักษณะ อารมณ์อ่อนไหวน้อยใจ ร้องไห้ และหงุดหงิดง่าย

4.2 สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลงหรือขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม (Loss of interest) ไม่มีความสุขต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำหรือไม่อยากทำ

4.3 มีความคิดลบ (Negative thought) มีความคิดทางลบต่อตนเองและผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นบาปหรือผิด ซึ่งเป็นอันตรายเสี่ยงต่อและการทำร้ายตนเอง

4.4 มีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฝันร้าย อ่อนเพลีย สะดุ้ง ผวาบ่อยๆ

5. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อยแต่เรื้อรัง ลักษณะเป็นๆ หายๆ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ปี อาการคล้ายโรคซึมเศร้าแต่ไม่รุนแรง มีความรู้สึกตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ พลังลดลง ขาดสมาธิ มองโลกแง่ร้าย

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideas or thought) เป็นความคิดอยากตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ ซึ่งมักพบในผู้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป หากไม่ได้รับการบำบัดช่วยเหลือเพื่อให้อาการลดลง อาจมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้ (Attempted suicide) พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อจบชีวิตลงแต่ไม่สำเร็จ คนเหล่านี้มักคิดว่าไม่มีวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นนอกจากความตายจึงจะพ้นทุกข์ มักมองว่าชีวิตไร้ค่า ไร้ความหมาย อาจไม่ได้อยากตายแต่มองไม่เห็นการแก้ปัญหา ฉะนั้นถ้าได้รับการช่วยเหลือทันก็จะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าพ้นจากภาวะอันตรายนี้ได้ แต่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าอาจฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (Committed suicide) ฉะนั้นผู้มีภาวะซึมเศร้าทุกรายควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและได้รับการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งเป็นการสูญเสียที่สำคัญอย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2660) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กัน และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วมักจะมีการกระทำซ้ำและอาจจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีพฤติกรรมแยกตัว อยู่คนเดียว อารมณ์หุนหันพลันแล่น มองตนเองไร้ค่า ก้าวร้าว ถูกทารุณกรรมทางเพศ ติดสุรา บุคลิกภาพพึ่งพิง โรคจิตเภทหลงผิด โรคซึมเศร้า มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า จึงต้องเฝ้าระวังมากขึ้น

การป้องกัน ต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล วัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย และรายที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน รู้สึกด้อยค่าในตนเอง

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ทะเลาะ ขาดความผูกพันระหว่าง พ่อ แม่ ลูก หรือมีสมาชิกฆ่าตัวตาย ควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

3. ปัจจัยด้านสังคม ชุมชนและสถานศึกษา วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในสถานศึกษา เพื่อนและสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาจึงมีความสำคัญ ถ้ามีเพื่อนสนิทคอยรับฟัง สนับสนุนช่วยเหลือ หรือสถานศึกษามีระบบการดูแลช่วยเหลือ เมื่อพบว่าบุคคลใดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้กำลังมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปและยังมีความคิดฆ่าตัวตายและมีปัจจัยเสี่ยง ดังกล่าวควรส่งบำบัดรักษาโดยจิตแพทย์อย่างเร็วเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2560)

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้ามีหลายแนวคิด สำหรับแนวคิดของเบ็ค และอัลฟอร์ด Beck & Alford (2009) แบ่งระดับซึมเศร้า 3 ระดับดังนี้ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) ระดับปานกลาง (Moderate depression) และระดับรุนแรง (Severe depression) โดยใช้เกณฑ์ที่แสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมดังนี้

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อยหรือมากเกิน นอนหลับยาก ตื่นเร็ว เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ ความต้องการทางเพศลดลงหรือมากขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้องไห้ไม่มีเหตุผล คิดกังวลซ้ำๆ คิดลบตำหนิตัวเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า คิดช้าการตัดสินใจช้า แยกตัวออกจากสังคม บางครั้งกระสับกระส่าย

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง เบื่อหรือไม่อยากรับประทานอาหาร หลับยาก ตื่นบ่อย ฝันร้าย นอนสะดุ้งหรือละเมอ ความต้องการทางเพศลดลงชัดเจน เพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ประจำเดือนขาด อารมณ์เศร้ารุนแรง หดหู่ต่อเนื่องมักเป็นมากช่วงเช้า คิดกังวลว่าร่างกายผิดปกติ คิดช้าตัดสินใจช้า มองโลกแง่ร้าย คิดอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเคลื่อนไหวช้าลงมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลงมาก หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายใน 1 เดือน มีปัญหาการนอนมากขึ้น เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนขาด อารมณ์เศร้ารุนแรงตลอดเวลาจะรู้สึกทุกข์ทรมานมากและรู้สึกไม่มีทางที่จะดีขึ้นจนทำให้อยากตายเพื่อพ้นทุกข์ คิดว่าเป็นภาระคนอื่น ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก พยายามฆ่าตัวตายเพื่อจบชีวิตลง

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญและจำเป็นเพื่อทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับใดเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงซึ่งเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินมี 2 ประเภท คือ

1. การใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (Interview and observe) หรือการประเมินทางคลินิก (Clinical assessment) ซึ่งประกอบด้วยการซักประวัติที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินสภาพจิต การตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น เนื่องจากการประเมินทางคลินิกของแต่ละคนผลลัพธ์ออกมาอาจมีความแตกต่างกันจากประสบการณ์ ความชำนาญและทักษะจึงควรใช้การประเมินโดยแบบประเมินตนเองร่วมด้วย

2. การประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินตนเอง (Self-report) ของผู้มีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

มีผู้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไว้จำนวนมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สำหรับใช้ประเมินในแต่ละช่วงวัย ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสำหรับวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี ที่นิยมใช้ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) พัฒนาโดย วิมลวรรณ ปัญญาว่อง โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (2565) แห่งสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กลุ่มเป้าหมายใช้ในวัยรุ่น อายุ 11-20 ปี แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพัฒนามาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินแบบ Self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีทุกวัน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) รู้สึกซึม เศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง 2) เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือเพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ 3) นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป 4) ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ 5) รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง 6) รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง 7) จดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ 8) พูดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายจนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ และ 9) คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การให้คะแนนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) ไม่มีเลย 0 คะแนน 2) มีบางวัน 1 คะแนน 3) มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน และ 4) มีทุกวัน 3 คะแนนการแปลผลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผล คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า

คะแนนรวม	ระดับภาวะซึมเศร้า	คำแนะนำ
0 – 4	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ขณะนี้ยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน
5 – 9	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	ควรทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้ใจ
10 – 14	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา
15 – 19	มีภาวะซึมเศร้ามาก	ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา
20 – 27	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา

หมายเหตุ: หากพบความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย จากข้อ 9 หรือ 2 ข้อคำถามเพิ่ม วัยรุ่นควรได้รับการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย แม้คะแนนรวมจะไม่ถึงเกณฑ์ก็ตาม

นอกจากนี้ ผู้พัฒนาเครื่องมือ ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง โดยไม่ต้องคิดคะแนน การให้คะแนน

ใน **1 เดือน**ที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ __ ใช่ __ไม่ใช่
ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ __ ใช่ __ไม่ใช่

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

แบบประเมิน PHQ-A อาจนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ ถ้ามีการให้ 2 คะแนน (มีมากกว่า 7 วัน) จำนวน 5 ใน 9 ข้อขึ้นไป และหากข้อ 9 (ความคิดอยากตาย) มีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้นับรวมด้วย โดยหนึ่งในนั้นจะต้องมีข้อ 1 (อารมณ์เศร้า) หรือข้อ 2 (หมดความสนใจ) รวมอยู่ด้วย

การใช้แบบประเมินต้องเลือกให้เหมาะกับอายุแต่ละช่วงวัย หลังจากการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วต้องให้การช่วยเหลือ บำบัดรักษา ตามผลการประเมินและเกณฑ์ที่กำหนด หากไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจนหรือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ควรแนะนำให้หากิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย หรือปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจและเฝ้าระวังติดตามอาการ หากมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง ควรพบบุคลากรในทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์เพื่อรับการบำบัดรักษาซึ่งการบำบัดรักษามีทั้งการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

การรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษามักควบคู่กันไปหลายวิธีตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและสาเหตุของการเกิดอารมณ์เศร้าในแต่ละราย ซึ่งพอสรุปตามแนวคิดของ จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์ (2563) ดังนี้

1. การรักษาด้านจิตสังคมบำบัด (Psycho-social therapy) เป็นการบำบัดทางจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาวะโรค มีแนวทางในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือปัญหา โดยไม่ใช้ยาหรือสารเคมี มีหลายวิธีเช่น การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) มีทั้งแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) และจิตบำบัดระยะยาว (Psychoanalytical oriented psychotherapy) จิตบำบัดแบบประคับประคองมุ่งเน้นให้ได้ระบายความรู้สึก สร้างสัมพันธภาพกับบุคคล แก้ปัญหาปัจจุบัน เรียนรู้ความจริง ส่วนจิตบำบัดระยะยาวมุ่งเน้นให้เข้าใจความขัดแย้งในจิตระดับใต้สำนึกให้มีความเข้าใจในพฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออก การบำบัดทางความคิด (Cognitive behavior therapy) เป็นกระบวนการบำบัดโดยการปรับความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงจากทางลบให้เป็นการมองทางบวกและพฤติกรรมจะปรับตามหลังการปรับความคิด การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมล้อมรอบตัวให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย น่ารื่นรมย์เหมือนสังคมภายนอกกรณีอยู่ในโรงพยาบาล หากอยู่บ้านต้องคำนึงถึงความปลอดภัยด้วย เช่น สิ่งที่จะใช้เป็นอาวุธไม่ควรให้เข้าถึงได้ การให้สุขภาพจิตศึกษา

(Psycho education therapy) เป็นการให้ความรู้ถึงสาเหตุการเกิดโรค การรักษาเพื่อให้มีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษาและสามารถรักษาให้หายได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) และแอพลิเคชั่นไลน์มาช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า

2. การรักษาทางชีวภาพ (Biological therapy) เพื่อปรับสารเคมีในสมอง ได้แก่ การให้ยาต้านเศร้าหรือในกรณีที่มีอาการรุนแรงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่รวดเร็ว

ความร่วมมือของครอบครัว สถานศึกษา เพื่อสร้างสังคมที่นำไปสู่สุขภาวะที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ช่วยให้เกิดความผาสุกในชีวิตและปลอดภัย

ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพซึ่งจะมีผลดีต่อการเกิดการมีสัมพันธภาพที่ดี การสื่อสารทางบวกการสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อประเมินและช่วยแก้ปัญหาเบื้องต้น

สถานศึกษา ควรมีบทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เช่นการให้ความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สำคัญเพื่อการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพย์มงคลกุล (2563) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ากล่าวคือผู้ที่มีความแข็งแกร่งของชีวิตจะสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นได้ดีกว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งน้อยกว่าและปรับตัวได้ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า นอกจากนั้นควรมีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่นักศึกษา เช่น ระบบการเรียนที่ไม่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์อย่างเดียว มีกิจกรรมผ่อนคลาย ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ระบบคัดกรองช่วยเหลือเบื้องต้นระบบให้ความรู้การดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือฉุกเฉิน เป็นต้น

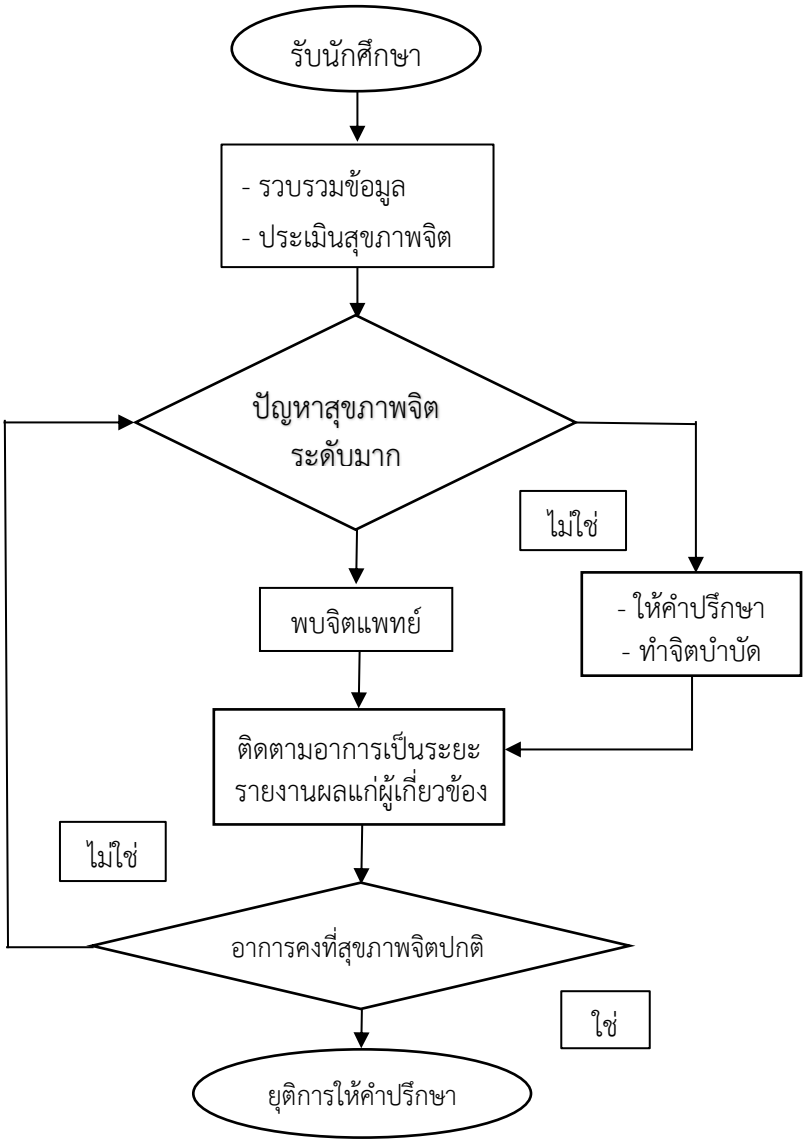
กรณีศึกษา

บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการช่วยเหลือ 9 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาอายุ 19-20 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ถูกส่งมาพบผู้เขียนโดยอาจารย์ประจำชั้น เนื่องจากนักศึกษาจะเริ่มเข้าสู่การเรียนหมวดวิชาชีพจึงมีความกังวล บางคนมีอาการทางกายและนอนไม่หลับ อาจารย์ประจำชั้นจึงให้ประเมินตนเองโดยแบบประเมิน PHQ A แต่ละคนได้คะแนนมากว่า 9 คะแนน เมื่อมาพบผู้เขียนและได้ทำการประเมินทางๆ คลินิกโดยการสัมภาษณ์ ซักประวัติ ที่เกี่ยวข้องและประเมินสภาพจิตเบื้องต้น พร้อมทั้งให้ทำแบบประเมิน PHQ A ซ้ำ ผลการประเมิน พบว่านักศึกษาทั้ง 9 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 2 คน ซึมเศร้าระดับปานกลาง 5 คน ซึมเศร้าระดับมาก 2 คน จึงได้ดำเนินการให้การช่วยเหลือคนละ 3-10 ครั้ง โดยบำบัดเป็นรายบุคคล การทำจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้ง ให้สุขภาพจิตศึกษา และบางรายที่ซึมเศร้ามากได้ให้การบำบัดด้วยกระบวนการปรับความคิด (Cognitive behavior therapy หรือ CBT) เริ่มจากให้นักศึกษาได้ระบายอารมณ์เศร้าพอสมควรแล้ว จึงใช้กระบวนการ CBT จนนักศึกษาทราบจุดด้อย จุดเด่นของตนเอง วางแผนพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายของชีวิตได้ จึงยุติการนัดหมาย แต่สามารถติดต่อได้หากภาวะซึมเศร้ากลับมาอีก ซึ่งแต่ละรายใช้เวลาบำบัดและจำนวนครั้งไม่เท่ากันดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนน PHQ-A รายบุคคลแต่ละครั้ง

รายที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10
1	10	9	9	4	ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง					
2	10	9	9	4	ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง					
3	5	4	ติดตามทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง							
4	5	4	ติดตามทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง							
5	10	9	4	ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง						
6	12	9	3	3	ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง					
7	13	9	4	3	ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง					
8	15	15	14	10	10	9	4	4	4	4
9	15	15	14	9	9	9	4	4	4	4

ทั้งนี้สามารถสรุปการประเมินและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตามขั้นตอนในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การประเมินและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้ดำเนินการตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช ดังนี้

1.เมื่อได้รับการส่งนักศึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาหรือผู้เกี่ยวข้อง พร้อมข้อมูลเบื้องต้นของนักศึกษา ได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น อาการสำคัญที่ทำให้มารับการปรึกษา ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อดีต ประวัติส่วนตัว ครอบครัว การเรียน การคบเพื่อนและประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยการสัมภาษณ์และสังเกต (Interview and observe) หากผลการประเมินพบว่านักศึกษามีภาวะอารมณ์เศร้าจะใช้แบบประเมิน PHQ-A (เนื่องจากนักศึกษากลุ่มนี้มีอายุ 19 ปี) หรือมีภาวะเครียดร่วมด้วยจะใช้แบบประเมิน ST20 อีก 1 แบบประเมิน

2. กรณีผลการประเมินพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คือ คะแนนไม่เกิน 9 จะให้การปรึกษา และร่วมกับนักศึกษาค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้า พร้อมชี้แนะแนวทาง ในการลดภาวะซึมเศร้า เช่นการปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตรึงกล้ามเนื้อเป็นต้น และบางราย จะนัดทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง อย่างต่อเนื่อง จนภาวะซึมเศร้าลดน้อยลง หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า

3.กรณีพบว่าผลการประเมิน มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป และสังเกตพบอาการเศร้าชัดเจนได้แนะนำพบจิตแพทย์และประสานการนัดตรวจกับโรงพยาบาลให้

4. การติดตามอาการเป็นระยะ หลังจากให้การปรึกษาหรือทำจิตบำบัดครบแล้ว หรือได้รับการรักษาจากจิตแพทย์แล้วจะนัดติดตามอาการโดยแนะนำเรื่องการดูแลตนเองขณะรับประทานยา พร้อมทั้งให้การปรึกษาหรือทำจิตบำบัดจนกว่าอาการดีขึ้น จึงจะประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำ หากพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงจนไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0-4) จึงยุติการให้บริการ แต่นักศึกษาสามารถกลับมารับปรึกษาได้อีกหากอาการไม่ปกติ

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการเด่นคือเศร้า หดหู่ รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย มีความคิดทางลบต่อตนเองและผู้อื่น กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปในทางแย่ลง มีปัญหาการนอน นอนมากหรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาจมีสาเหตุกระตุ้นชัดเจนหรือไม่มีสาเหตุกระตุ้นก็ได้ อาการอาจเป็นๆหายๆ หากเป็นอย่างต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ควรได้รับการบำบัดรักษา ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหากปรับวิธีคิดหรือทำกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์สดชื่นจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ แต่ถ้ามีภาวะซึมเศร้าระดับมากควรได้รับการบำบัดรักษาโดย ทีมสหวิชาชีพด้านจิตเวชหรือจิตแพทย์ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาจมีอาการรุนแรงและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง ทุกคนควรใส่ใจในสุขภาพจิตของตนเอง และบุคคลใกล้ชิดหากพบความผิดปกติควรหาทางช่วยเหลือให้เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงคือการฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2566). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2566.* นนทบุรี .

จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์. (2563). *อารมณ์เศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาคสุทธิไพศิฐ, และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. (2565). คุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *30*(1), 38-48.

สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. วารสาร*สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), *359-378*.

อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพย์มงคลกุล. (2563). *การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.* (รายงานผลการวิจัย). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.

Beck, A. T. & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.) University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, *4*(4), 596-619. https//doi.org/10.1177/2167702616628523

Boyd, M. (2012). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. (5th ed.). Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Jackman-Cram, S., Dobson, K. S., & Martin, R. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2), 380-384. https//doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.380

Keltner, N. L. & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing*. (8th ed). Elsevier.

Waltman, S., Creed, T., & Beck, A. T. (2016). Are the effects of cognitive behavior therapy for depression falling? Review and critique of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 23*(2), *113-122.* https//doi.org/10.1111/cpsp.12152