

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมปัญหาทางจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น ได้แก่ พฤติกรรมต่อต้านทำลาย สาเหตุจากสภาวะครอบครัวไม่อบอุ่น ฐานะยากจน มีปัญหาการเรียน สมาธิสั้น สติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ พฤติกรรมต่อต้านสังคม สาเหตุมาจาก ความผิดปกติทางพัฒนาการทางสังคม ความผิดปกติการปรับตัวทางรูคิด ภาพลักษณ์ทางสังคม และวัฒนธรรมไม่เหมาะสม ในสหรัฐอเมริกาพบว่าวัยรุ่นเกิดปัญหาเหล่านี้จากการถูกทอดทิ้ง และอยู่ในสถานการณ์โดดเดี่ยวเดียวดาย พฤติกรรมฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง สาเหตุจากในครอบครัวมีการสื่อสารกันไม่ดี ความเศร้าจากการตายของบิดามารดา เด็กถูกทารุณกรรม มีความยุ่งยากในครอบครัวเกิดขึ้น เกิดสภาพปัญหาในบ้านที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ภาวะเศร้าในวัยรุ่นซึ่งจะกลายเป็นความเรื้อรังในผู้ใหญ่และมีผลกระทบถึงสภาวะทางร่างกายจิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่อง(อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2549) นอกจากนี้แล้วการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่ทำให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมาก เด็กวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ต่างกัน โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พบว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น จากสถิติการให้บริการในสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 14 แห่งทั่วประเทศ ในปีพ.ศ. 2549 พบว่าเด็กและเยาวชนเป็นผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น 45.9 % โดยมีผู้รับบริการ 8.967 ราย และเพิ่มจากปี 2548 ที่มี 6.148 ราย (ผู้จัดการออนไลน์, 2550)

โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เป็นโรงเรียนที่จัดการศึกษาสำหรับเด็กด้อยโอกาส พื้นฐานของนักเรียนมาจากครอบครัวที่แตกต่างกันในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดู นักเรียนมีความพร้อมที่แตกต่างกัน โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เพชรบุรีเป็น 1 ใน 23 โรงเรียน ที่กระทรวงศึกษาธิการประกาศจัดตั้งโดยตั้งขึ้น เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2518 ปัจจุบัน เปิดสอนนักเรียนตั้งแต่ชั้น ป.1 ถึง ม.6 ประเภทอยู่ประจำ คุณสมบัติของนักเรียนต้องเป็นเด็กด้อยโอกาสทางการศึกษา 10 ประเภท ซึ่งหมายถึง เด็กและเยาวชนที่มีปัญหาและอุปสรรคต่อการได้รับบริการทางการศึกษาที่เกิดจากความเสียหายเนื่องจากความแตกต่าง ในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ได้แก่ เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงาน เด็กเร่ร่อน เด็กที่อยู่ในธุรกิจบริการทางเพศ เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กที่ถูกทำร้ายทารุณ เด็กยกจน (มากเป็นพิศม) เด็กในชนกลุ่มน้อย เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เด็กโบสถานพิบิจและคุ้มครองเด็ก (การจัดการศึกษาสงเคราะห์. 2545)

เด็กนักเรียนในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เป็นเด็กอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและ ประกอบกับเด็กกลุ่มที่มาศึกษาในโรงเรียนเป็นเด็กด้อยโอกาสตามลักษณะ 10 ประการ ดังกล่าว โดยเด็กจะได้รับการช่วยเหลือโดยจัดที่พักให้อยู่ประจำ จัดเลี้ยงอาหาร 3 มื้อ มีเครื่องแต่งกายนักเรียนให้ จัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการเรียนรู้เช่นเดียวกับสถานศึกษาปกติทั่วไป แต่จะส่งเสริมการเรียนรู้ด้านวิชาชีพเพื่อให้เด็กมีความรู้พื้นฐานวิชาชีพเมื่อจบหลักสูตรไปแล้วสามารถไปประกอบอาชีพมีงานทำ มีรายได้ พึ่งตนเองได้ (แนวทางการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสให้เข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์, 2548) จากการศึกษาปัญหาและความต้องการของเด็กในสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ศึกษาเฉพาะกรณีเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่ (กองวิชาการกรมประชาสงเคราะห์ อ่างใน ภูมิชาย ปล้องอ้วน, 2542) พบว่าความต้องการของเด็กในสถานสงเคราะห์ คือ ความรักความอบอุ่น ความเข้าใจ และความใกล้ชิด ซึ่งจากการที่เด็กขาดความรักและความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดอย่างเสมอต้นอ้อม และขาดความผูกพันกับบิดาและมารดา รวมถึงการที่ต้องถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เด็กตกอยู่ในภาวะเครียดเรื้อรัง เนื่องจากในระยะนี้มีมารดาจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย รู้สึกผูกพัน และเกิดความรักความอบอุ่น (Ballard, 2001)

ปัญหาที่สำคัญวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ การเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (Jacqueline, 1998; Leticieri, 1978) และยังมีวัยรุ่นอีกมากมาย ที่มีปัญหาอันเกิดจากการไม่สามารถเผชิญปัญหานั้นๆ ได้ เนื่องจากวัยรุ่นยังไม่มีประสบการณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจให้ผู้อื่นเห็น (รักชนก คชไกร, 2541) จากการศึกษาของ Hans Steiner และคณะ (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,769 คน พบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernard Plancherel และ Monique Bolognini (1995) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา กับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12-14 ปี จำนวน 276 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 เดือน พบว่าวัยรุ่นที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา

บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาอย่างไร และสัมฤทธิ์ผลในการเผชิญปัญหาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรที่อยู่ภายในและภายนอกของบุคคล (Lazarus and Folkman, 1984) เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้ประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดปัญหา เป็นเหตุให้มีการค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อบรรเทาอารมณ์ให้เกิดสภาพอารมณ์ที่มั่นคง และภาวะสมดุลของจิต โดยการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อการเผชิญกับ

ปัญหานั้นๆ ซึ่งถ้าวัยรุ่นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ก็จะสามารถเผชิญปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม (Wartman, 1984)

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล และมีพัฒนาการไปพร้อมกับพัฒนาการด้านอื่นๆ (Garland and bush, 1982) การพัฒนาจากทารกสู่วัยชรา บุคคลต้องพบกับสถานการณ์ต่างๆ ตามขั้นพัฒนาการนั้นๆ การได้เผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ บุคคลจะก่อให้เกิดการพัฒนา ลักษณะการเผชิญปัญหาอันเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ตามขั้นพัฒนาการนั้นๆ ในวัยเด็กจะเรียนรู้และตอบสนองพฤติกรรมต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว อาทิ การอบรมเลี้ยงดู อิทธิพลของเพื่อน ครู โรงเรียน (นิภา นิธยาน, 2550) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญให้แก่วัยรุ่น เพราะการเรียนรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม จะเป็นพื้นฐานให้เด็กเกิดการเรียนรู้ในการพึ่งตัวเองในเวลาต่อมา และเป็นตัวเสริมให้เกิดความสามารถในการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม

ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ตามมามากมาย เช่น การกระโดดตึก ยิงเพื่อนร่วมชั้นเรียน ยิงตัวตาย เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้ พบเป็นประจำในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Jacqueline, 1998) ซึ่งเป็นวัยรุ่น ความสามารถในการเผชิญปัญหามีความสำคัญเนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหามีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์ เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเองรักษาความสมดุลทางอารมณ์และเพื่อความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Taylor 1990) ซึ่งหากวัยรุ่นมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมวัยรุ่นก็จะมีสุขภาพดี และมีพัฒนาการต่อไปได้ตามปกติ แต่หากวัยรุ่นเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมก็จะมีอาการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น โรคปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และการติดยา เป็นต้น (Arnold, 1990) จากการศึกษาของ สุภาพร เจษทิพย์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มนักเรียนมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในระดับต่ำมีถึงร้อยละ 15

นอกจากปัญหาในการเผชิญปัญหาแล้ว วัยรุ่นยังเป็นช่วงวัยหนึ่งที่มีสถิติของภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น (รณชัย คงสกนธ์, 2547) อาจเนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในระยะคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นเด็กต่อเนื่องกับความเป็นผู้ใหญ่ อีกทั้งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากและรวดเร็วในทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิต การพลัดพรากและการแยกจาก ปัญหาครอบครัว

ครอบครัวแตกแยก ฯลฯ ตามลักษณะของเด็ก ดังการศึกษาของ อรพรรณ หนูแก้ว (2536) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคมเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ ซึ่งเด็กวัดสระแก้วเหล่านี้เป็นเด็กกำพร้าบิดามารดา ถูกทอดทิ้ง เรื้อนครอบครัวแตกแยก บิดามารดามีฐานะยากจน โดยได้รับการอุปการะจากมูลนิธิวัดสระแก้ว การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 623 คน ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัดสระแก้วมีความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 58.9 ซึ่งมากกว่าเด็กในครอบครัวปกติที่พบร้อยละ 20.8 และจากการศึกษาของ วราพร อินทพหุรัตน์ (2534) เรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเขตกรุงเทพมหานคร โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) พบว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ เด็กจะมีภาวะซึมเศร้าสูง และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาไม่ดี หรือเด็กที่ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาจะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า (Bragc.1995) ซึ่งจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าสัมพันธ์สภาพในครอบครัวที่ไม่ดีและขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ในการทบทวนวรรณกรรมภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นในภาพรวมของทั้งประเทศ มีเฉพาะการศึกษาในบางกลุ่มเท่านั้น ดังเช่นการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 10-17 ปี จำนวน 1,264 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีดีไอ (Children's Depression Inventory [CDI]) ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 40.8 และระดับรุนแรงร้อยละ 13.3 และจากการศึกษาของ จุลจรรยา ศรีเพชร ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 400 คน ของโรงเรียนมัธยมศึกษา 3 แห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีอีเอสดี (Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES-D]) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 44.80

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมา และรวดเร็วในหลายๆ ด้านพร้อมกัน โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อิริคสัน (Erickson cited in Ballard, 2001) ได้กล่าวว่า เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการพัฒนาบุคลิกภาพในหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน เช่น การพัฒนาความมีเอกลักษณ์ (identity) กับความรู้สึกลับสนในเอกลักษณ์ (identity confusion) ถ้าเด็กวัยรุ่นไม่สามารถผ่านการพัฒนาในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพได้จะเกิดการสับสนในบทบาทของตนเอง เกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อาการของภาวะ

ซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นจะคล้ายคลึงกับอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แต่อาการส่วนใหญ่ที่พบในเด็กวัยรุ่นจะเป็นลักษณะอาการวิตกกังวล ได้แก่ วิตกกังวลกลัวการแยกจาก ความวิตกกังวลที่แสดงออกทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง และจะพบอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายมากกว่าอารมณ์เศร้า (Bailey, Sauer & Hertell, 2002) ซึ่งแสดงออกโดยโกรธ ก้าวร้าว หนีออกจากบ้าน ประพฤติน่าไม่เหมาะสม ใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Townsend, 1999) ลักษณะอาการภาวะซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น เริ่มจากการเผชิญกับภาวะสูญเสียปรับตัวไม่ได้มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเดิน อาเจียน เป็นลม ปฏิเสธภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำลง รู้สึกว่าไม่มีทางช่วยเหลือใด ๆ ได้ มีความรู้สึกหวาดกลัว อารมณ์โกรธ ก้าวร้าวรุนแรง เศร้ามาก และทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

นอกจากนี้อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากสำหรับพ่อแม่หรือครูที่จะรู้หรือแยกแยะได้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอาการทางคลินิกบางอย่างแตกต่างไปจากผู้ใหญ่ คือ เด็กและวัยรุ่น อาจไม่แสดงออกในลักษณะอาการซึมเศร้าชัดเจน แต่อาจแสดงออกในทางพฤติกรรมที่รุนแรง ก้าวร้าว เกรง ฆ่าตัวตาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ติดสารเสพติด และมีพฤติกรรมที่คลุมเครือ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการซึมเศร้าแฝง (Masked depression) (Athony อ้างใน อรพรรณ หนูแก้ว, 2536) บ่อยครั้งที่อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเกิดขึ้นอย่างเงียบ ๆ แล้ว ถูกแปลความหมายผิดไป พ่อแม่หรือครูอาจมองว่าความเงียบหรือการแยกตัวของวัยรุ่นเป็นเพียงระยะหนึ่งหรือว่าความไม่พอใจเล็กๆ น้อยๆ ที่มักเกิดขึ้นได้เสมอในวัยรุ่น ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงถูกมองข้ามไป ปลดปล่อยให้เกิดขึ้นโดยไม่หาทางป้องกัน จนบางครั้งกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การปรับตัวทางสังคม และเมื่อภาวะซึมเศร้าถึงระดับที่รุนแรง อาจทำให้นักคิดทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ แยกตัวออกจากสังคม มองว่าตัวเองไม่มีค่า หมดความหวังในชีวิต และมีความคิดทำร้ายตนเอง ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Beck, 1967; Fenell, 1989) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาทางจิตเวช ด้วยปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 87.50 มีภาวะซึมเศร้า (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2539) และจากการศึกษาของสมภพ เรื่องตระกูล(2542) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตาย ถึงร้อยละ 47 นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชอื่นๆ อีกด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในวัยเด็กและวัยรุ่นทำให้มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตแบบเพ้อคลั่ง (Mania) ได้ถึงร้อยละ 25 (สมพร บุรราชกิจ และ ศิริรัตน์ คุปดิวุฒิ, 2540)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ การสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) ซึ่งผู้ที่มีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจใน

ตนเอง และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นเหล่านี้มีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจ และนำไปสู่ภาวะที่สูญเสียพลังอำนาจตามแนวคิดที่ Miller (1992) ได้กล่าวไว้ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนทางสังคม ดังจะเห็นได้จากการมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีของครอบครัว บิดา-มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและทำนา ครอบครัวมีสภาพที่แตกแยก ทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Aseltine (1996) พบว่าการสนับสนุนทางครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นยังขาดแหล่งพลังอำนาจด้านการมีอัตมโนทัศน์ด้านบวก เช่น มองว่าตัวเองหน้าตาไม่ค่อยดี ไม่ชอบตัวเอง เกลียดตัวเอง ไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี มองว่าอะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด มองว่าสิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง คิดว่าจะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับตนเองแน่ๆ เป็นต้น ดังจะเห็นได้จาก (Ariceti & Bemporad, 1978) มองว่าสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความพร้อมหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจ และอาจนำไปสู่ภาวะที่สูญเสียพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992)

ปัจจุบันการบริการสุขภาพจิตที่ทางโรงเรียนได้จัดให้กับนักเรียนมีหลายอย่าง ประกอบด้วยกิจกรรมด้านการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น การแนะแนวให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่นการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิตและด้านการช่วยเหลือรักษา เช่น การคัดกรองผู้ที่มีปัญหา ซึ่งการบริการเหล่านี้ได้ถูกจัดขึ้นเพื่อให้บริการกับเด็กนักเรียนในโรงเรียนแต่ปัญหาด้านสุขภาพจิตเหล่านี้ก็ยังเกิดขึ้นเสมอและมีแนวโน้มจะสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะบทบาทด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กที่เริ่มมีปัญหา

โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงเรียนในความดูแลของโรงพยาบาลชะอำ โดยให้การบริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อทบทวนปัญหาของโรงเรียนพบว่าเด็กวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายในปี 2548 และ 2549 จำนวน 1 และ 2 ราย ตามลำดับ (สถิติการรักษาพยาบาลโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ 2549) ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและได้สำรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI: Children's Depress Inventory) ในนักเรียนอายุ 15 - 18 ปี จำนวน 169 คน พบภาวะซึมเศร้า 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.69 ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลช่วงอายุที่พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ ระหว่าง 17 ถึง 18 ปี (Rudolf cited in Peterson, Compas, Brooks-Gunn,

Stemmler, Ey & Grant, 1993) และพบว่าการฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประชากรวัยรุ่น ดังจะเห็นได้จากการหาสาเหตุพบว่า เป็น 1 ใน 3 ลำดับแรกของสาเหตุการตายในประชากรอายุระหว่าง 15 – 34 ปี โดยหากพิจารณารวมทั้งสองเพศจะพบว่าสูงเป็นอันดับ 1 หรือ 2 ในปี ค.ศ. 1998 (WHO, 2001) และพฤติกรรมทำร้ายตนเองพบมากในเด็กอายุ 15-19 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่พบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 3-4:1 (อรพรรณ ลือบุญ-วิชชัย, 2549) วัยรุ่นเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดูแลเรื่องความปลอดภัย และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมโดยเร็ว นอกจากนั้นแล้วได้ทบทวนปัญหาในกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายกัน พบการศึกษาของมณฑลนา เหมชะญาดิและรัชชนก สิริวิช (2550) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่นได้แก่ 1) จุดอ่อนที่ซ่อนของปัญหา และ 2) ปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงของปัญหาทำให้ชีวิตหักเหที่มาจาก เพื่อน ความอยากรู้อยากลอง และสภาพแวดล้อม โดยเยาวชนกลุ่มนี้แสดงพฤติกรรมปัญหาต่างๆ เพื่อการป้องกันพฤติกรรมปัญหาของวัยรุ่นควรส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา การควบคุมอารมณ์ตนเอง การทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ ทักษะการปฏิเสธ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม ในขณะที่เดียวกันต้องกำจัดการปัจจัยในสังคมที่ช่วยความตึงเครียดทางอารมณ์ของวัยรุ่น โดยครอบครัวและโรงเรียนต้องร่วมกันดูแลพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของเด็ก เพื่อการป้องกันหรือลดความรุนแรงของพฤติกรรมปัญหาและประทับประคองให้ผ่านพ้นช่วงวัยรุ่นและพัฒนาเข้าสู่ผู้ใหญ่ได้อย่างราบรื่น

ปัจจัยและสาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นกลุ่มนี้ ซึ่งเกิดจากการขาดแหล่งพลังอำนาจ ด้านความเข้มแข็งทางด้านร่างกาย จิตใจ การสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก การรับรู้ทางปัญญา แรงจูงใจ ความเชื่อ ตามแนวคิดของ Miller (1992) ผู้ศึกษาจึงได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์เนกี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มวัยรุ่นดังกล่าวเพื่อให้วัยรุ่นรับรู้แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆเพิ่มขึ้น มีความคิดอัตมโนทัศน์ด้านบวก ส่งผลให้มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ มีระดับของการนับถือตนเอง (Self-esteem) (Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) ซึ่งปัจจัยต่างๆเป็นผลมาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นก่อนและหลังการใช้กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ซึ่งเป็นตามลักษณะ 10 ประการดังได้กล่าวไว้แล้วนั้น ประกอบกับเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อซึ่งนอกจากจะต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์และ พฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการสับสน ประสบลามล้มเหลวต่อการปรับตัว ไม่สามารถค้นหาตัวตน ย่อมเกิดอารมณ์ไม่มั่นคง อันนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Hurlock, 1972) ทำให้เกิดโครงสร้างความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Branden, 1983) ทำให้เกิดการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจในตนเอง มีความคิดทางด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่มีความสอดคล้องกับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Miller (1992) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการที่รับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนเกิดภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเกิดจากการที่ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม หรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ (Miller, 1992) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้าหรือความรู้สึกผิดได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนั้นย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตทำให้มีความทุกข์ ความเดือร้อนทางจิตใจ ผู้ที่สามารถเผชิญปัญหาได้ต้องอยู่กรอบรั้วที่อบอุ่น มีปัญหาต้องมีผู้ใหญ่คอยสั่งสอน นั่นก็คือแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาไม่คลี่คลาย จะทำให้เกิดความทุกข์และถ้าเลือกใช้ชีวิตนั้นบ่อยๆ ความทุกข์จะเพิ่มทวีขึ้น ผลก็คือเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตขึ้น

ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาให้กับวัยรุ่นกลุ่มนี้ ควรเป็นการจัดกระทำที่ช่วยให้อายุรุ่นรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งพลังอำนาจที่เข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอ จนทำให้วัยรุ่นรู้สึกถึงพลังอำนาจ ตามการศึกษาของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทยและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพการณ์จริง 3) การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจ 4) การสนับสนุนสื่ออำนาจ ข้อมูล ความรู้ ทักษะ 5) การดำเนินการด้วยตนเอง 6) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำ โดยผู้ศึกษาปรับให้เหลือ 4 ขั้นตอนมีเหตุผลในการปรับเปลี่ยนดังนี้ เนื่องจากก่อนที่จะศึกษาผู้ศึกษาต้องประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจำเป็นต้องตั้งคำถามแนะนำแล้วเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับวัยรุ่นพอสมควร ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ศึกษาได้นำขั้นตอนที่ 1, 2

และ 3 มารวมกัน เหตุผลเพราะว่าวัยรุ่นมีความคุ้นเคยกับผู้ศึกษาทำให้มีความไว้วางใจในตัวผู้ศึกษาได้เร็ว จึงดำเนินการค้นหาสภาพการณ์จริง เพื่อให้วัยรุ่นยอมรับกับความคิดและความเชื่อของตนเองตามความเป็นจริง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และเมื่อรู้สถานการณ์แล้วดำเนินกิจกรรมการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง เมื่อพบกับวัยรุ่นเป็นครั้งที่ 2 จึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกับขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพราะเมื่อวัยรุ่นค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แล้วจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้เพื่อให้วัยรุ่นได้กำหนดแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบกับวัยรุ่นในครั้งที่ 3 จึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เพื่อให้วัยรุ่นได้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้จัดการกับภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจและได้อย่างมีประสิทธิภาพและเมื่อผู้ศึกษาพบกับวัยรุ่น ในครั้งที่ 4 จึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 6 ลงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับปัญหาเพื่อให้วัยรุ่นได้ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิด เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแนะนำตัวให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือจากวัยรุ่น ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นมีความไว้วางใจในตัวผู้ศึกษาได้เร็วขึ้น และเมื่อวัยรุ่นมีความไว้วางใจในตัวผู้ศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริง เพื่อให้วัยรุ่นยอมรับปัญหาของตนเองตามความเป็นจริงต่อจากนั้นผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนการสะท้อนความคิด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาช่วยให้วัยรุ่นค้นหาความสามารถในการเผชิญปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้พยาบาลทราบความคิด ความเชื่อ และสาเหตุและใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นรับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี โดยให้วัยรุ่นตระหนักและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง

ขั้นที่ 2 การวางแผนการจัดการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นกำหนดแผนในการจัดการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี รวมทั้งสนับสนุนให้ปฏิบัติ

ตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจเพื่อให้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องกับขั้นตอนการสะท้อนความคิด เพราะเมื่อเด็กสามารถค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้แล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินการกิจกรรมในขั้นตอนนี้ เพื่อให้เด็กได้กำหนดแผนในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นกับตนเอง และดำเนินการตามแผนที่วัยรุ่นกำหนดไว้ ขั้นนี้ช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลือกในการดำเนินการแก้ไขปัญหา และรับรู้พลังอำนาจในตนเอง

ขั้นที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพูดคุยเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจที่สามารถช่วยให้มีความคิดเกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง ในขั้นนี้เป็นการสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เพื่อให้วัยรุ่นค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเอง เกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ช่วยให้วัยรุ่นมีความคิดเกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริงและรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ เมื่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ได้รับการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจจนกระทั่งตระหนักถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีได้แล้ว วัยรุ่นจะทำกิจกรรมต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ของตนเองตลอดจนพัฒนาวิธีการปฏิบัติตน เพื่อจัดการกับการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นได้คิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมุติฐานการศึกษา ดังต่อไปนี้

สมมุติฐานการศึกษา

1. วัยรุ่นในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม

2. วัยรุ่นในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังเข้าร่วมกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม

ขอบเขตของการการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ทำการทดลองที่โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 – 6 และอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ และตัวแปรตามคือ กภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น หมายถึง ปฏิกริยาของวัยรุ่นที่เกิดจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด และในการศึกษาครั้งนี้วัดด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D]) เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา แปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ พ.ศ.2540

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น หมายถึง พฤติกรรมหลังจากที่วัยรุ่นได้ประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญไม่ว่าจะอยู่ที่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำทนาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหา และแสดงออกมาทางความคิดและพฤติกรรม และในการศึกษาครั้งนี้วัดด้วยแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548)

การใช้กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำร่วมกับวัยรุ่นในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นโดยใช้มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ คาร์ณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ร่วมกับแนวคิดของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Martam (1978) ประกอบด้วย การปฏิบัติ 4 ขั้นตอน 3 ระยะ กลุ่ม ๆ ละ 10 คน รวม 4 ครั้งๆ ละประมาณ 45-60 นาที ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดเห็น หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่พยาบาลจัดทำขึ้นในการสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับวัยรุ่น และร่วมกันในกลุ่มค้นหาสภาวะการณ์ บทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการของภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ได้ สามารถกำหนด จัดลำดับความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองได้

2. การวางแผนการจัดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยวัยรุ่นเอง หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่พยาบาลให้วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเลือก ทำให้เกิดพลังอำนาจกับแหล่งพลังอำนาจที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการเผชิญปัญหาของตนเอง

3. การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่พยาบาลให้วัยรุ่นได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผนการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นตามที่วัยรุ่นกำหนดไว้

4. การคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่พยาบาลให้วัยรุ่นมีการสร้างเสริมความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิตและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการเผชิญปัญหา

ของตนเอง

วัยรุ่นในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี หมายถึงผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 - 6 และมีอายุระหว่าง 15-18 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อยู่ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จังหวัดเพชรบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในการป้องกันวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาล และการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป