

ปัจจัยชีวภาพกับ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล ในการให้ความรู้ผู้ปกครอง

BIOLOGICAL FACTORS AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS: THE ROLE OF NURSES IN PROVIDING EDUCATION TO PARENTS

ณัฐชยา ทวีวัฒน์^{*1}, วิไลวรรณ เสือสะอาด¹, วีรินทร์ สมส่วน¹, หรรษา เศรษฐบุปผา¹, ชาลิณี สุวรรณยศ¹
Natchaya Taweewat^{*1}, Wilaiwan Sueasadao¹, Weerinpat Somsuan¹, Hunsu Sethabouppha¹, Chalinee Suwanayos¹

¹สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Department of Psychiatric Nursing Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*Corresponding author E-mail: taweewatnatchaya.std@gmail.com

Received: 29 Oct., 2025

Revised: 9 Mar., 2026

Accepted: 18 Mar., 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งเน้นไปที่การสังเคราะห์เรื่องภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นในเด็กวัยรุ่น เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกมามีในด้านความคิด แรงจูงใจ อารมณ์ และพฤติกรรม มักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาการเรียน การดำเนินชีวิต อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ และมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ปกครองจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของวัยรุ่นในการป้องกัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น การป้องกัน การดูแลรักษา เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

คำสำคัญ: ปัจจัยชีวภาพ; ภาวะซึมเศร้า; บทบาทพยาบาล; วัยรุ่น; ผู้ปกครอง

Abstract

Adolescent depression is a prevalent and growing mental health concern among adolescent. It is an emotional disorder characterized by disturbances in thought, motivation, emotion, and behavior. Its etiology is rarely attributable to a single cause, but rather stems from a complex interplay of biological, genetic, and environmental factors. Adolescent depression significantly impacts development, academic performance, and daily life, potentially leading to substance abuse, other risky behaviors, and an increased likelihood of developing adult depression. Crucially, it elevates the risk of suicide, a leading cause of mortality in adolescents. Given that adolescents are

not yet fully self-reliant, parents serve as a vital source of support for prevention. Therefore, nurses play a critical role in educating parents about adolescent depression, including its prevention, care, and treatment, with the aim of reducing both the incidence and severity of depression in children and adolescents.

Keywords: Biological factors; Depression; Nurses' role; Adolescents; Parents

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลที่แสดงออกมาในด้านความคิด แรงจูงใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นและมีแนวโน้มในการพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ โดยในเด็กและวัยรุ่นอาจไม่แสดงอารมณ์เศร้าที่เด่นชัดเหมือนในผู้ใหญ่ แต่อาจแสดงออกเป็นอารมณ์หงุดหงิดแทนอารมณ์เศร้า ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ หรือมีอาการเด่นเป็นปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ดื้อต่อต้าน (วิจิตรณ บัญสิทธิ์, 2564) โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากผลของการเจ็บป่วยทางร่างกาย สารเสพติด หรือไม่ใช่ปฏิกิริยาปกติหลังจากเหตุการณ์สูญเสีย (ศญาดา ด่านไทยวัฒนา, 2565)

ภาวะซึมเศร้ามักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ในครอบครัวที่มีประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเวช มักมีโอกาเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อพัฒนาการการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆของผู้ป่วยอีกทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ที่สำคัญคือทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในวัยรุ่น (วิจิตรณ บัญสิทธิ์, 2564)

จากผลการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีกว่า 3.6 แสนคน พบเสี่ยงซึมเศร้า 10.86% โดยสำรวจข้อมูลกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 360,069 ราย ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in พบเสี่ยงซึมเศร้าถึง 39,105 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.86 เสี่ยงฆ่าตัวตายจำนวน 65,951 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.12 (กรมสุขภาพจิต, 2567) สอดคล้องกับข้อมูลศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์เพื่อการแพทย์ด้านจิตเวชที่ประเมินว่าเยาวชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตรวจพบอาการซึมเศร้าสูงถึง 2,200 คนต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและศูนย์ความรู้นโยบายสาธารณะเพื่อการเปลี่ยนแปลงพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการเพิ่มขึ้นจาก 6.11 คนต่อประชากรแสนคนในปี 2560 เป็น 7.94 ในปี 2566 โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคิดเป็นอัตรา 116.8 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญในวัยรุ่น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจะอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ครอบครัวถือเป็น

แหล่งสนับสนุนที่สำคัญของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อย่างเต็มที่ (อริชญา สุขธรรมรัตน์ และ ณัฐสุดา เต๋พันธ์, 2566) ในปัจจุบันประเด็นปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มที่ได้รับการสนใจมากกว่าแต่ก่อน ทั้งปัญหาความเครียด ความกังวลใจ ก็เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนทั้งสิ้น ดังนั้นจึงควรมีวิธีจัดการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผ่านกลไกและมาตรการต่างๆ เพื่อจรรโลงจิตใจของผู้คน (Poshakrishna et al., 2026) การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหา คัดกรองกลุ่มวัยรุ่นทุกคน และดำเนินการป้องกันเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับวัยรุ่น และครอบครัว ก่อนที่จะพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้า (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567) ดังนั้นพยาบาลจิตเวชถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางชีวภาพทางพันธุกรรม สาเหตุ การดำเนินโรค การดูแลรักษาและมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง ในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรวมถึงลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจัยทางชีวภาพ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในสังคมไทยปัจจุบัน โดยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพจิตใจ ร่างกาย รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคนี้ไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลลัพธ์จากหลายปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งทางชีวภาพ จิตวิทยา ในมิติทางชีวภาพนั้น มีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความ

ผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน รวมถึงกลไกการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่ผิดปกติ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจในปัจจัยเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำไปสู่การวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคซึมเศร้านั้นเป็นโรคทางจิตเวชประเภทหนึ่งที่สามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งจากจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง โดยปัจจัยส่วนแรกเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท 3 ชนิด ได้แก่ เซโรโทนิน (Serotonin) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดพามีน (Dopamine) โดย Serotonin มีส่วนสำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ความอยากอาหาร และแรงขับทางเพศ ดังนั้นหาก Serotonin ลดลงหรือเซลล์รับสารสื่อประสาทมีความผิดปกติจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีอาการนอนไม่หลับ ไม่อยากอาหารและความต้องการทางเพศลดลง ในส่วนของ Norepinephrine มีส่วนสำคัญในการควบคุมในเรื่องความตั้งใจและพฤติกรรม หากพบความไม่สมดุลของ Norepinephrine บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมที่เรื้อรัง เื่องช้า ตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวช้า (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2559) นอกจากสารสื่อประสาทที่กล่าวมายังมีอีกหนึ่งตัวที่สำคัญนั่นคือ Dopamine โดยสารนี้จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและแรงจูงใจ หากมีปริมาณที่ลดลงจะทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและมีความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง (เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, 2560) และอีกปัจจัยถัดมาที่สามารถนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้คือปัจจัยด้านฮอร์โมน (Hormonal factor) ซึ่งมีความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับ

สมดุลฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ในผู้มีภาวะซึมเศร้าพบระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) สูงกว่าปกติ ซึ่งฮอร์โมนนี้มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความเครียด หากมีการหลั่งต่อเนื่องและคงอยู่ในระดับสูงเป็นเวลานาน จะรบกวนสมดุลทางอารมณ์และเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ระบบที่สอง Hypothalamic pituitary thyroid axis พบว่าระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone, TSH) ต่ำกว่าปกติ การทำงานของไทรอยด์ที่ลดลงนั้นส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยตรง

ระบบที่สาม คือ Hypothalamic pituitary growth hormone axis พบระดับโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักตรวจพบว่าระดับโกรทฮอร์โมน ลดลง ซึ่งฮอร์โมนนี้มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูร่างกาย การเจริญเติบโต รวมถึงการทำงานของสมอง ดังนั้นความบกพร่องจึงอาจเกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลังงานและแรงจูงใจในชีวิตประจำวัน (มานิช หล่อตระกูลและคณะ, 2548:47 อ้างถึงใน ตัญญา จำปาวลัย, 2560)

อย่างไรก็ตามในส่วนถัดมาจะกล่าวถึงลักษณะทางพันธุศาสตร์ที่เป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยชีวภาพลักษณะทางพันธุศาสตร์ มีการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่ากรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น การศึกษาในฝาแฝด (ไข่ใบเดียวกัน) พบว่าหากคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ฝาแฝดอีกคนหนึ่งมีสิทธิเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 37 (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2559)

ในส่วนของพยาธิสภาพ ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับสมองในส่วน Emotion-related brain areas ซึ่งเป็นบริเวณสมองส่วนอารมณ์ โดยจะประกอบไปด้วย ส่วน Limbic systems ได้แก่ Hippocampus และ Amygdala โดยระบบลิมบิก มีหน้าที่ในการสร้างสมดุลแก่ร่างกาย และบริเวณของเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความผิดปกติของปริมาตรเนื้อสมองส่วนสีเทา Grey matter volume (GMV) ในหลายบริเวณ โดยพบว่าปริมาตร GMV เพิ่มขึ้นในบริเวณ Right-Middle frontal gyrus ซึ่งสมองส่วนนี้มีหน้าที่สำคัญในการทำงานของความจำ (Working memory) โดยมีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรและขยายขนาดของเซลล์ (Cellular hypertrophy) และการเพิ่มจำนวนของเซลล์แอสโตรไซต์ (Astrocyte proliferation) ที่ถูกกระตุ้นจากการอักเสบ ในส่วนของ Right-Inferior frontal gyrus พบปริมาตร GMV ลดลง ซึ่งเชื่อมโยงกับการควบคุมอารมณ์ (Emotional regulation) การเกิดความผิดปกติในส่วนนี้มักจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การทำงานร่วมกันระหว่างสมองทั้งสองส่วนที่มีความขัดแย้งกันระหว่างการลดลงของ GMV ใน Inferior frontal gyrus และการเพิ่มขึ้นใน Middle frontal gyrus มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอาการซึมเศร้า และนอกเหนือจากความผิดปกติของสมองทั้งสองส่วนนี้ มีการศึกษาจากผล Resting-state fMRI (rs-fMRI) และ functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร่ายังพบว่าการลดลงของปริมาตร GMV บริเวณ Caudate nucleus และ Putamen ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Striatum เป็นส่วนที่

เกี่ยวข้องกับระบบการให้รางวัล (Reward processing) เมื่อเกิดการผิดปกติจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการรับรู้ความพึงพอใจ และจากการศึกษาปริมาตรกะโหลกศีรษะ Intracranial volume (ICV) โดยปกติแล้ว ICV จะคงที่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น แต่ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการเพิ่มขึ้นของ ICV นี้ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาสมองที่ผิดปกติก่อนหรือระหว่างช่วงวัยรุ่น (Xipeng Long et al., 2023) ถัดมาจะกล่าวถึงการพัฒนาการดำเนินของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

การดำเนินของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษามีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 8 เดือน แต่บางคนอาจมากกว่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้ามีเพียงร้อยละ 50 ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกจะรักษาจนหายป่วยได้ (First depressive episode) แต่โรคซึมเศร้าที่เริ่มป่วยตั้งแต่ในเด็กและวัยรุ่นมักจะไม่เป็นแค่ครั้งเดียว แต่มักจะกลับมาป่วยซ้ำ อย่างใน 1-2 ปีแรก เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วและหายแล้ว จะกลับมาป่วยอีกมากถึงร้อยละ 20-60 และใน 5 ปีต่อมา จะมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำมากถึงร้อยละ 70 นั้นหมายความว่า โรคซึมเศร้าไม่ใช่โรคที่ป่วยเป็นครั้งเดียวแล้วหาย อาจจะกลับมาป่วยได้ (ปรานี ปวิณชนา, 2567)

อย่างไรก็ตามงานเขียนของ รัตติกาล ศรีงาม และ สุตาพร สถิตยยุทธการ (2568) ได้จำแนกระยะของการดำเนินโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน ในระยะที่ 1 คือ ระยะอาการเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะเริ่มต้นที่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวลดลงและเริ่มมี

อารมณ์เศร้า หดหู่ นอนไม่หลับ อยากตายอยู่ตลอดเวลา เป็นระยะเวลานานติดกันถึง 2 สัปดาห์ในระยะดังกล่าว จะใช้เวลารักษาประมาณ 2 เดือน ในระยะที่ 2 คือระยะรักษาต่อเนื่อง (Continuation phase) ในระยะนี้จะรักษาต่อเนื่อง อาการซึมเศร้าหรือความรู้สึกด้านลบจะมีอาการน้อยลงแต่อย่างไรก็ตามอาการก็สามารถกำเริบขึ้นมาใหม่ได้อีกในช่วงระยะนี้จะต้องใช้เวลารักษาประมาณ 4-9 เดือน ระยะที่ 3 คือระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะซึมเศร้า หรือมีการรักษาต่อเนื่องยาวนานเกิน 12 เดือนจนเข้าสู่ภาวะหายขาด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นซ้ำได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงแบ่งออกเป็น

4 ระดับ ได้แก่

ระดับเล็กน้อย (Mild depression) คือ บุคคลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียง

ระดับปานกลาง (Moderate depression) คือ อาการซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตบ้าง บุคคลอาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเป็นระยะ

ระดับมาก/รุนแรง (Severe depression) คือ อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมาก อาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว

ระดับอาการทางจิตหรือโรคซึมเศร้า (Major depression/depressive disorder/ depressive illness) ถ้าถึงระดับนี้ จะมีความผิดปกติทางจิต (Psychiatric/disorder) และมีอาการหลุด ออกจากโลกของความเป็นจริง (Out of reality) ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างมาก บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้

น้อยลง ไม่สนใจตนเอง อาจสูญเสียการรู้จักตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจ ในเรื่องต่าง ๆ ได้ (สมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2562)

การรักษา เภสัชวิทยา

การบำบัดรักษานั้นขึ้นอยู่กับปัญหาและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ การรักษาทางชีวภาพ การรักษาทางจิตสังคมและการใช้สิ่งแวดลอมเพื่อการบำบัด (นันทัก ชนะพันธ์, 2563) โดยในบทความนี้จะขอกล่าวถึงการรักษาทางด้านชีวภาพ ดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Anti-depressant)

การใช้ยารักษาเพื่อปรับสารเคมีในสมอง โดยมีกลไกในการปรับสารสื่อประสาทที่สำคัญเหล่านี้คือ Serotonin, Epinephrine และ Norepinephrine ให้อยู่ในภาวะสมดุล และช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้า เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาเองโดยซึ่งทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผนสูงถึง 70% จึงจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและคอยติดตามอาการอยู่อย่างต่อเนื่อง (ลัดดาพร เทพสวน, 2568) ซึ่งในปัจจุบันมียายอยู่หลากหลายกลุ่มและจะมีความแตกต่างกันในกลไกของการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาในที่นี่จะแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1) กลุ่ม Tricyclic and Tetracyclic Antidepressant (TCAs) เช่น Amitriptyline (Trytanol), Nortriptyline (Nortilen) และ Imipramine (Tofranil) เป็นต้น

2) กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor (MOAIs) เช่น Isocarboxazid (Marplan), Phenelzine (Nardil), Tranylcypromine (Prarnate) เป็นต้น

3) กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) เช่น Fluoxetine (Prozac, Flulox), Fluvoxamine (Fevarin, Luvox), Paroxetine (Seroxat), Sertaline (Zoloft) เป็นต้น

4) กลุ่ม New generationกลไกการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยาแตกต่างกัน เช่น Tianeptine (stablon), Valenfaxine (Effexor), Mirtazapine (Remoron) เป็นต้น

2.การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro-convulsive therapy: ECT)

โดยจะมีข้อบ่งชี้ในการรักษาเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือมีความทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้น้อย มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง หรือมีอาการรุนแรงมากกระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ Monoamine metabolism ซึ่งจะไปลดปริมาณของ Postsynaptic beta-adrenergic receptors และเพิ่มปริมาณของการเปลี่ยนแปลงของ Serotonergic และ Alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นแต่ยังจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

3. การรักษาด้วยการกระตุ้นสมองแบบ Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS)

จะมีการใช้อุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านหนังศีรษะ เพื่อสร้างสนามแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำ

ให้เกิดกระแสไฟฟ้ากระตุ้นเซลล์สมองส่วน Cerebral cortex บางส่วน

วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลในกรณีศึกษา

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต และกำลังสำคัญของประเทศ หากมีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน และเป้าหมายสำคัญของการป้องกันคือการลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ารายใหม่และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญ คือ การส่งเสริม ป้องกัน การให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักมุ่งเน้นการดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยร่วมกับสถานศึกษาที่มสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แก่เด็กวัยรุ่น ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแล และทีมสุขภาพในชุมชน รวมถึงการสร้างความตระหนักให้วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกันและดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า หรือเด็กและวัยรุ่นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองบุคคลใน ครอบครัว เด็กและวัยรุ่นที่ครอบครัวมีประวัติโรคซึมเศร้า มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปและไม่แสดงอารมณ์เศร้าที่เด่นชัดเหมือนในผู้ใหญ่

2. การให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักมุ่งเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นให้เป็น

รูปธรรมมากขึ้น โดยร่วมกับสถานศึกษาที่มสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แก่นักเรียน นักศึกษา อาจารย์ และทีมสุขภาพในชุมชน รวมถึงการสร้างความตระหนักให้วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้ และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด ทั้งยังส่งเสริมการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะการดูแลเด็กวัยรุ่น การเพิ่มความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าและยังมุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นหน่วยของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการดูแลเด็กวัยรุ่น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

3. การประเมิน (Assessment) คัดกรองและวัดความรุนแรง ใช้แบบประเมินที่เหมาะสมกับวัยรุ่น เช่น PHQ-A / PHQ-9 ฉบับวัยรุ่น CDI-2 ประเมินการทำงาน/สมรรถนะ การเรียน การเข้าสังคม การนอน อาหาร กิจกรรมยามว่าง ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ประเมินความตั้งใจ แผนการ วิธีการ และการเข้าถึงวิธี (Means) ใช้โครงสร้างคำถามจากแนวทางสากล (เช่น C-SSRS) เพื่อ “จัดชั้นความเสี่ยง” เป็น ต่ำ/ปานกลาง/สูง ประเมินปัจจัยเร่ง (Trigger) ความขัดแย้งในครอบครัว การรังแก/ไซเบอร์บูลลี่ การเลิกกับแฟน การสอบ แยกวินิจฉัยแยกโรค (Differential) และโรคร่วม (Comorbidity) แยกไบโพลาร์ (ช่วงครื้น/หิวกิจกรรม/นอนน้อยแต่ไม่ง่วง) โศกเศร้าเฉียบพลัน PTSD/Trauma โรคกาย (ต่อมไทรอยด์ โลหิตจาง) คัดกรองโรคร่วมที่พบบ่อย วิตกกังวล

ADHD การใช้สารเสพติด ปัญหาการนอน การประหม่น ปัจจัยเสี่ยง-ปกป้อง (Risk & Protective) ปัจจัยเสี่ยง ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว/พยายามฆ่าตัวตาย การรังแก ความรุนแรงในบ้าน โรคเรื้อรัง การใช้สารเสพติด พักผ่อนน้อย ใช้โซเชียลมีเดียสูง โดนคุกคาม ปัจจัยปกป้อง ความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนกับผู้ปกครอง/ครู/เพื่อน กิจกรรมที่มีความหมาย การนอนเพียงพอ การออกกำลังกาย ทักษะจัดการอารมณ์

4. การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถกระทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง การลดปัจจัยเสี่ยงในกรณีที่วัยรุ่นอยู่ในครอบครัวที่มีบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ดำเนินการให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความกดดันและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมากขึ้น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การจัดนิทรรศการเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ความเข้มแข็งในการมองโลก ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่สามารถเพิ่มปัจจัยปกป้อง เพื่อลดอารมณ์เศร้าของวัยรุ่นลง (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นควรเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนการเกิด โรคซึมเศร้า เนื่องจากการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะปรากฏอาการโดยการคัดกรอง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างทันที่ จะช่วยลด

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าและตามระบบการจำแนกการบริการของ สถาบันทางการแพทย์แห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ได้แบ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นปกติ (Universal depression prevention) เป็นกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เน้นการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based programs) ที่ช่วยเสริมสร้าง ทักษะในการเผชิญหรือแก้ปัญหา หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านความคิด หรืออารมณ์ ซึ่งกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ในระดับนี้จะเน้นการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ร่วมกับการจัดกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การจัดการ กับความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับ ความคิดอัตโนมัติทางลบ (สมมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2565) หรือกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนพบว่า โปรแกรมครอบครัวที่จัดขึ้น เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นนั้นช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้ และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด ทั้งยังส่งเสริมการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น การเพิ่มความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และยังมุ่งเน้นให้ครอบครัว เป็นหน่วยของการ

เปลี่ยนแปลง ในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นใน การเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

2. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง (Selective depression prevention) เป็นกิจกรรมหรือ โปรแกรมที่เน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่ม เสี่ยง เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่มีบิดา มารดาหรือพี่น้องเป็นโรค ซึมเศร้า มีความเครียด หรือมีภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจัดเป็นกิจกรรมที่เน้นทักษะการจัดการกับความ คิดที่ บิดเบือน การปรับโครงสร้างใหม่ และการเสริมสร้าง ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งระยะนี้ จะเป็นการลดความรุนแรงของวัยรุ่นที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้านั้น ยาวนาน หรือรุนแรงมากขึ้นโดยการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของ วัยรุ่น เพื่อค้นหาวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก

3. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการ ของ ภาวะ ซึ ม เ ศ ร ้า (Indicated depression prevention) ทำได้โดยจัดกิจกรรมหรือโปรแกรม เพื่อ ช่วยเหลือหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการของ ภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าเป็น โรคซึมเศร้า กิจกรรมที่ใช้ จึงต้องเน้นความเข้มข้นในการ จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่มากยิ่งขึ้น และทำจิตบำบัด หรือ การจัดการกับพฤติกรรมหรือปัญหาด้าน สัมพันธภาพ เช่น การทำกลุ่มบำบัดความคิดและ พฤติกรรม (CBT) การทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล (IPT) และการให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นต้น (สมติ อนันต์ปฎิเวธ และคณะ, 2565)

บทบาทพยาบาลในการดูแล ทำความเข้าใจ และให้ความรู้ผู้ปกครอง (Interventions)

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งชีวภาพ จิตใจ ครอบครั และสังคม ส่งผลต่อการเรียน ความสัมพันธ์ และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Thapar et al., 2022) ผู้ปกครองถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทโดยตรงต่อ การพัฒนาทางอารมณ์และการปรับตัวของเด็กวัยรุ่น การพยาบาลจึงควรเน้นการให้ความรู้ การทำความเข้าใจ และการสร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีที่สุด (NICE, 2019) ในระยะ เริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น พยาบาลอาจเป็น จุดติดต่อแรกเมื่อผู้ปกครองมีความกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น (Bernadka Dubicka, 2017) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ปกครอง เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งสามารถดำเนินการ ตามบทบาทหน้าที่ได้ ดังนี้

1. การประเมินและสร้างความเข้าใจ (Assessment and Understanding)

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินระดับความรู ้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยทั่วไปผู้ปกครองมักเข้าใจผิดว่าภาวะ ซึมเศร้าเป็นเพียง “อารมณ์เศร้าชั่วคราว” หรือเกิดจาก ความอ่อนแอของเด็กวัยรุ่น (AACAP, 2019) การประเมิน ยังรวมถึงการสำรวจความเชื่อ ค่านิยม และรูปแบบ การเลี้ยงดูที่อาจส่งผลการปรับตัวของเด็กวัยรุ่น เช่น การวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรง การคาดหวังสูงเกินจริง หรือการละเลยทางอารมณ์ พยาบาลควรอธิบายให้ ผู้ปกครองเข้าใจว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทาง อารมณ์ที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม ร่วมกัน และสามารถรักษาได้หากได้รับการดูแล อย่างถูกต้อง การสร้างความเข้าใจนี้จะช่วยลดทัศนคติ

ด้านลบและเพิ่มความร่วมมือของผู้ปกครอง (Weersing et al., 2017)

2. การให้ความรู้ (Psychoeducation for Parents)

การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยชีวภาพและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะอาการทั่วไปของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สมาธิลดลง นอนมากหรือน้อยเกินไป และมีพฤติกรรมแยกตัว รวมถึงสัญญาณอันตราย เช่น การพูดถึงความตายหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (NICE, 2019) ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมผู้ปกครองให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการการดำเนินโรค และแนวทางการดูแลเด็กวัยรุ่น พยาบาลสามารถจัดโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านหลายช่องทาง เช่น การบรรยาย แบบตัวต่อตัว กลุ่มย่อย แผ่นพับ หรือสื่อดิจิทัล (กรมสุขภาพจิต, 2564) เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถในการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยรุ่น จะช่วยเพิ่มความตระหนักของเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้ครอบครัวเป็นหน่วยของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการดูแลเด็กวัยรุ่น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567) เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดประโยชน์ของการรักษาเร็วอาจช่วยในการรับรู้อาการเร็วและทำหน้าที่เป็นมาตรการป้องกันเพื่อปรับปรุง (Leslie L. Davis, Madina Leon 2022) การสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เพื่อลดความไม่เข้าใจและความอับอายที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิต การจัด

สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ทุเลา หรือหายไปได้ ถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง และขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้ (อินชวณี และคณะ, 2017)

3. การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารในครอบครัว (Communication Skills Training)

ครอบครัวที่มีเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักเผชิญกับความตึงเครียดและความขัดแย้งสูง การพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเชิงบวกให้กับผู้ปกครอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยลดการเข้าใจผิด เพิ่มความไว้วางใจ และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อแม่กับบุตร (Weersing et al., 2017) พยาบาลสามารถจัดกิจกรรม เช่น การฝึกฟังเชิงรุก (active listening) การสะท้อนความรู้สึก และการใช้ภาษาที่ไม่ตัดสิน รวมถึงการให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติว่าผู้ปกครองควรหลีกเลี่ยงการเปรียบเทียบหรือตำหนิ และควรใช้การเสริมแรงทางบวกแทนการลงโทษ การจัดกลุ่มครอบครัวหรือการทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเสริมสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนทางอารมณ์

4. การสนับสนุนด้านการรักษาและการเข้าถึงบริการ (Treatment Support and Service Access)

พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เช่น การทำจิตบำบัด (Cognitive behavioral therapy, Interpersonal therapy) การเข้ายาในบางกรณี หรือการบำบัดครอบครัว (Thapar et al., 2022) ผู้ปกครองควรได้รับการอธิบายถึงข้อดี ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของการรักษา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถช่วยประสานงานกับโรงเรียน ชุมชน

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนรอบด้าน ในกรณีฉุกเฉิน เช่น เด็กมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ปกครองควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในประเทศไทย เพื่อเข้าถึงบริการโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2564)

5. การเสริมพลังผู้ปกครองและครอบครัว (Family Empowerment)

การดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่ยาวนานและเต็มไปด้วยความท้าทาย พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ปกครอง เพื่อช่วยลดความรู้สึกผิด ความเครียด และความเหนื่อยล้า (AACAP, 2019) การเสริมพลัง (Empowerment) ทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และมีความเชื่อมั่นว่าสามารถช่วยให้บุตรฟื้นตัวได้ วิธีการเสริมพลัง ได้แก่ การยกย่องความพยายามของครอบครัว การให้กำลังใจ และการเชื่อมโยงผู้ปกครองเข้ากับกลุ่มสนับสนุน

ตารางที่ 1 แสดงผลสรุป ปัจจัยชีวภาพ กลไก อาการที่สัมพันธ์ การสื่อสารกับผู้ปกครอง

ปัจจัยชีวภาพ	กลไก	อาการที่สัมพันธ์	การสื่อสารกับผู้ปกครอง
ความผิดปกติของสารสื่อประสาท	- เซโรโทนิน (Serotonin) ลดลงหรือเซลล์รับสารสื่อประสาทมีความผิดปกติ - นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง - โดพามีน (Dopamine) มีปริมาณที่ลดลง	- นอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด เบื่อหน่าย ท้อแท้ - พฤติกรรมเรื้อรังเฉย เชื่องช้า ไม่มีสมาธิ - ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือความสนใจสิ่งต่างๆลดลง	พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ผิดปกติ ที่ส่งผลส่งผลให้เกิดอาการเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สมาธิลดลง นอนมากหรือน้อยเกินไป และมีพฤติกรรมแยกตัว ซึ่งสามารถรักษาได้หากได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า เพื่อปรับ
ฮอร์โมน (Hormonal factor)	- ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) สูงกว่าปกติ - ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone) ต่ำกว่าปกติ	- สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ - เหนื่อยล้า เฉื่อยชาและความผิดปกติทางอารมณ์ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	

ในชุมชน พยาบาลควรเน้นว่าผู้ปกครองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง และยังมีทรัพยากรจากระบบสุขภาพและชุมชนคอยสนับสนุน

6. การติดตามผลและประเมินผลลัพธ์ (Follow-up and Outcome Evaluation)

บทบาทของพยาบาลไม่สิ้นสุดเพียงการให้ความรู้ แต่ยังรวมถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ปกครอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น พยาบาลสามารถใช้แบบสอบถาม ประเมินการปรับตัว และสังเกตพฤติกรรมของครอบครัวเป็นเครื่องมือในการติดตาม (NICE, 2019) การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้สามารถปรับแผนการพยาบาลได้ตามความจำเป็น อีกทั้งยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นในระยะยาว

ปัจจัยชีวภาพ	กลไก	อาการที่สัมพันธ์	การสื่อสารกับผู้ปกครอง
	- ระดับโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ลดลง	- ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สูญเสียพลังงานและแรงจูงใจ ในชีวิตประจำวัน	สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองและระดับฮอร์โมนในร่างกาย
พันธุกรรม	- การถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากพ่อและแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าและพบว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในคู่แฝดถึงร้อยละ 70 - ยีนที่เกี่ยวข้องกับการส่งผ่านสารสื่อประสาท Serotonin ที่ถูกกระตุ้นจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทำให้มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า	- มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2-4 เท่า	พยาบาลพยาบาลควรอธิบายและให้ข้อมูลแก่ให้ผู้ปกครองเกี่ยวกับปัจจัยด้านพันธุกรรมที่มีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและมีผลต่อความรุนแรงของโรค โดยครอบครัวมีประวัติโรคซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป เน้นให้ครอบครัวเฝ้าสังเกตอาการและเพิ่มปัจจัยปกป้อง สร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการดูแลเด็กวัยรุ่น เช่น การสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความฉลาดทางอารมณ์ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว
ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง	- ความผิดปกติของสมองในส่วน Emotion-related brain areas ซึ่งเป็นบริเวณสมองส่วนอารมณ์ ได้แก่ Hippocampus และ Amygdala ใน Limbic systems - ความผิดปกติของเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) มีความผิดปกติของปริมาตรเนื้อสมองส่วนสีเทา Grey matter volume (GMV) ในหลายบริเวณ เช่น	- สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า	พยาบาลพยาบาลควรอธิบายและให้ข้อมูลแก่ให้ผู้ปกครองเกี่ยวกับปัจจัยด้านความผิดปกติของโครงสร้างสมองต่อเกิดโรคซึมเศร้า ให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจ เน้นให้ครอบครัวเพิ่มปัจจัยปกป้องโดยส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและเฝ้าสังเกตอาการซึมเศร้าในช่วงวัยในเด็กและวัยรุ่น

ปัจจัยชีวภาพ	กลไก	อาการที่สัมพันธ์	การสื่อสารกับผู้ปกครอง
	-การลดลงของ GMV ใน Inferior frontal gyrus และการเพิ่มขึ้นใน Middle frontal gyrus - การลดลงของปริมาตร GMV บริเวณ Caudate nucleus และ Putamen เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบการให้รางวัล (Reward processing) - การเพิ่มขึ้นของปริมาตรกะโหลกศีรษะ Intracranial volume (ICV) ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น	- สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า - ความบกพร่องในการรับรู้ความพึงพอใจ - มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น	

ตารางที่ 2 แสดงบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น

บทบาทพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	เครื่องมือ/เทคโนโลยี	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1. การประเมินและคัดกรองสุขภาพจิตในวัยรุ่น (Assesment)	ประเมินความรู้ ทักษะ ผู้ปกครอง และคัดกรองความรุนแรงของอาการในวัยรุ่น	แบบประเมิน PHQ-A, PHQ-9, CDI-2 และแนวทาง C-SSRS เพื่อคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ระบุระดับความรุนแรง เพื่อวางแผนการในการรักษาได้อย่างถูกต้อง
2. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Education)	ให้ความรู้เรื่องปัจจัยชีวภาพของระบบประสาท อาการและการดำเนินโรคแก่ผู้ปกครอง	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, แผ่นพับ, สื่อดิจิทัลต่างๆ หรือแอปพลิเคชันป้องกันซึมเศร้า	ผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถดูแลเด็กวัยรุ่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดอคติและความอับอายต่อโรค
3. การส่งเสริมทักษะการสื่อสาร (Communication Facilitator)	ฝึกทักษะการฟังเชิงรุก (Active Listening) และการสื่อสารเชิงบวกให้กับผู้ปกครอง และสมาชิกในครอบครัว	กิจกรรมกลุ่มครอบครัว บำบัด หรือบทบาทสมมติ (Role Play)	ลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในบ้าน สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อเอื้อต่อความร่วมมือในการดูแล

บทบาทพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	เครื่องมือ/เทคโนโลยี	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
			รักษา และการดูแลตนเอง ที่ต่อเนื่องของวัยรุ่น
4. การจัดการด้านการ รักษา (Treatment Manager)	ติดตามความร่วมมือใน การรับประทานยา และให้ข้อมูลการรักษา ทางชีวภาพ	ตารางบันทึกการ รับประทานยา ช่องทางรับคำปรึกษา สาย ด่วนสุขภาพจิต 1323	รับประทานยาต่อเนื่องตาม แผนการรักษา ลดการหยุด ยาเอง
5. การเสริมพลัง ครอบครัว (Empowerment)	สนับสนุนทางด้านจิตใจ แก่ผู้ปกครอง เพื่อลด ความ รู้สึกผิดและความ เหนื่อยล้า	กลุ่มจิตบำบัด และการให้ เสริมแรงทางบวก	ครอบครัวมีความเชื่อมั่น และสามารถดูแลวัยรุ่นได้ ในระยะยาว
6. การป้องกันเชิงรุกใน ชุมชน (Prevention)	ค้นหากลุ่มเสี่ยงใน โรงเรียนและชุมชนเพื่อ เพิ่มปัจจัยปกป้อง	โปรแกรมป้องกันใน โรงเรียน, CBT แบบกลุ่มใน วัยรุ่น	ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยราย ใหม่ และลดอัตราการกลับ เป็นซ้ำในวัยรุ่น

สรุป

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่น ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การรักษาภาวะซึมเศร้า มีทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือการรักษาด้วยการกระตุ้นสมองแบบ Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS) ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหากไม่ได้รับการป้องกัน ดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจมีโอกาสดังกล่าวเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงแนวทางป้องกันและการรักษาภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ปกครอง ครอบครัวตั้งแต่การประเมินความ

เข้าใจ การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การสนับสนุนด้านการรักษา การเสริมพลังครอบครัว ไปจนถึงการติดตามประเมินผล การดำเนินงานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ปกครองมีทักษะ ความมั่นใจ และพลังในการดูแลบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อพัฒนาการการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ สำหรับเด็กวัยรุ่น อีกทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่สำคัญคือทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กวัยรุ่น ดังนั้น ในฐานะพยาบาลจิตเวช ควรผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับ

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่ทันสมัย เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่น สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันป้องกันซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น โดยสอดแทรกเนื้อหา เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม สาเหตุ การรักษา การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตัวเอง การสังเกตอาการ เนื้อหาสาระเกี่ยวกับการส่งเสริมปัจจัยด้านบวกที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งในการมองโลก ทักษะการแก้ปัญหา เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้ควรมีระบบในการสนับสนุนระดับประจักษ์จิตใจผู้ปกครองเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีช่องทางเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกเชิงบวก

การป้องกันและจัดการกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น รวมถึงวิธีการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลและครอบครัว ช่องทางติดต่อบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลเมื่อต้องการแหล่งช่วยเหลือดูแล เป็นต้น อย่างไรก็ตามการขอความร่วมมือจากทางภาครัฐในการสนับสนุนงบประมาณหรือการวางแผนให้คำแนะนำกับชุมชนร่วมถึงการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในพื้นที่ชุมชนอาจทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตของคนในประเทศไม่ใช่เรื่องเล็กน้อยภาครัฐจึงควรที่จะผลักดันและร่วมแรงใจกับภาคประชาชนในการรับมือ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2564). *แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2567, 10 มีนาคม). *ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นพุ่ง! เลี่ยงซึมเศร้า 10.86% ด้าน รพ.สวนปรุง ขยายบริการ*. เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29956>
- ตฤณลา จำปาวัลย์. (2560). *แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา*. วารสารพุทธจิตวิทยา, 2(2), 1-11. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jbp/article/view/242954/164619>
- นันทกัต ชนะพันธ์. (2563). *ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(1), 75-88. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/249631/169530>
- ปรานี ปวีณนา. (2567, 21 สิงหาคม). *การดำเนินของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น*. ระบบให้คำปรึกษาและพัฒนาผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองเด็กและผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว. <https://www.oscc.consulting/media/283>
- เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. (2560). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มโดยใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการติดต่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต ไม้ได้ดีพิมพ์]*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติติยา พรชัยเกตุไวยอง. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. สแกนอาร์ต.
- รัตติกาล ศรีงาม และ สุดาพร สถิตยuthกา. (2568). *บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรค*. แพทยสารทหารอากาศ, 71(1), 9-20.

- ลัดดาพร เทพสวน. (2568). การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 22(3), 191-200.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2564). *จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นในเวชปฏิบัติ Child and Adolescent Psychiatry in Clinical Practice* (พิมพ์ครั้งที่2). บริษัท พี.เอ.อีฟวิ่ง จำกัด.
- ศญาดา ด่านไทยวัฒนา. (2565). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับบทบาทอาจารย์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College*, 1(2), 54-64.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2561). *คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า : สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า*. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. <https://dmh-elibrary.org/items/show/313>
- สมดี อนันต์ปฏิเวช, ธัญญารักษ์ แสงบุญไทย, และ สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2565). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต PREVENTION OF ADOLESCENT DEPRESSION: STRENGTHENING RESILIENCE. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, (14)2, 389-398.
- สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2567). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*(18), 72-82.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2568,1 มกราคม). *เด็กไทยป่วยซึมเศร้าสูง 2.2 พันคนต่อประชากรแสนคน มีหน้าซ้ำเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิต. เจาะลึกระบบสุขภาพ*. <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32784>
- อริชญา สุขธรรมรัตน์ และ ณัฐสุดา เต้พันธ์. (2566). ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ. *Journal of Mental Health of Thailand*, 31(1), 22-36.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2019). *Depression: Parents' medication guide*. AACAP. <https://www.aacap.org>
- Kemp, & Zhiyun Jia. (2023). Gray matter alterations in adolescent major depressive disorder and adolescent bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 325, 550-563. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032723000599?via%3Dihub>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Depression in children and young people: Identification and management (NICE Guideline NG134)*. NICE. <https://www.nice.org.uk>
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*, 400 (10352), 617–631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00926-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00926-8)
- Poshakrishna, P., Khanto, O., Chumsong, K., & Taweewat, N. (2026). Ecotourism as an Alternative Therapeutic Space for Emotional Well-being in Contemporary Society. *Journal of Dhamma for Life*, 32(1), 456–466.
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. C., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11–43.