



## แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

### *Clinical Practice Guideline for Adolescents with Depression*

จัดทำโดย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

## แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

### Clinical practice guideline for adolescents with depression

#### ที่ปรึกษา

ศ.คลินิก พญ.วินัดดา	ปิยะศิลป์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผศ. นพ. พนม	เกตุมาน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พญ. มธุรดา	สุวรรณโพธิ์	ผู้อำนวยการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

#### คณะทำงาน

ศ. นพ. วิสูตร	บุญสิทธิ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ. นพ. ภัทร	พิทยรัตน์เสถียร	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ. ศิริรัตน์	อุฬารตินนท์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
พญ. จิราภรณ์	อรุณากร	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
พญ. วิริย์อร	จุมพระบุตร	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
พญ. โชษิตา	ภาวสุทธิไพศิฐ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
นพ. ธีรวัชร	บุรณสุขสกุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
น.ส. จุฬาลักษณ์	รุ่งวิริยะพงษ์	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
น.ส. จันทร์ชนก	โยธินชัชวาล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
น.ส. วิมลวรรณ	ปัญญาว่อง	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

จัดพิมพ์โดย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2560

## ข้อเสนอแนะ (recommendations) การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 การคัดกรอง	
1	ควรมีระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไปด้วยแบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ
2	ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า
ส่วนที่ 2 การวินิจฉัย	
3	วัยรุ่นที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก หรือมีอาการที่น่าสงสัยภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
4	ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ควรอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน และวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่น
5	ควรมีการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และวินิจฉัยโรคร่วม
ส่วนที่ 3 การรักษา	
6	ในการรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจ
7	ควรวางแผนการรักษาโดยพิจารณาตามความรุนแรงของอาการ
8	ในวัยรุ่นที่สมควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเพื่อให้วัยรุ่นและผู้ปกครองตัดสินใจ
9	ในการรักษาด้วยยา ควรใช้ยาในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม
10	ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยจิตบำบัดในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง โดยเลือกวิธีบำบัดที่มีหลักฐานประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
11	ควรติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือมีปัญหาที่ซับซ้อน
ส่วนที่ 4 การส่งเสริมป้องกัน	
12	วัยรุ่นทุกคน ควรได้รับการส่งเสริมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า
13	ควรมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง

## สารบัญ

	หน้า
ข้อเสนอแนะ (recommendations)	3
บทนำ	6
กระบวนการจัดทำ แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	7
คุณภาพของหลักฐานและน้ำหนักความน่าเชื่อถือของข้อเสนอแนะ	8
<b>แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า</b>	
ส่วนที่ 1 การคัดกรอง	13
- ข้อเสนอแนะที่ 1, 2	
ส่วนที่ 2 การวินิจฉัย	15
- ข้อเสนอแนะที่ 3, 4, 5,	
ส่วนที่ 3 การรักษา	20
- หลักการรักษา: ข้อเสนอแนะที่ 6, 7	
- การรักษาด้วยยา: ข้อเสนอแนะที่ 8, 9	
- การรักษาด้วยจิตบำบัด: ข้อเสนอแนะที่ 10	
- การติดตามการรักษา: ข้อเสนอแนะที่ 11	
Algorithm การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	25
ส่วนที่ 4 การส่งเสริมป้องกัน	26
- ข้อเสนอแนะที่ 12, 13	
เอกสารอ้างอิง	28
ภาคผนวก	
ก. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI	35
ข. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D	37
ค. Thai version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	40
ง. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	42
จ. การประเมินทางจิตสังคมในวัยรุ่น (HEEADSSS Assessment)	44
ฉ. แนวทางการสัมภาษณ์วัยรุ่น และสถานที่ให้บริการสุขภาพวัยรุ่น	46
ช. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)	50
ซ. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สำหรับวัยรุ่น	52
ฅ. แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	55
ญ. รายงานผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมวิพากษ์และประชาพิจารณ์	57

## สารบัญตาราง

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
1	เกณฑ์การจัดระดับคุณภาพของหลักฐาน	10
2	เกณฑ์การจัดน้ำหนักของข้อแนะนำ	11
3	ตัวอย่างเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีในประเทศไทย	13
4	หัวข้อการซักประวัติและตัวอย่างคำถาม	15
5	การตรวจร่างกาย และสภาพจิต	16
6	เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)	17
7	การวินิจฉัยแยกโรค	18
8	การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ตาม DSM-5	19
9	โรคร่วม (co-morbidity)	19
10	ขนาดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ใช้ในวัยรุ่น	22

## บทนำ

ภาวะหรือโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความสำคัญและส่งผลต่อการสูญเสีย (global burden of disease) ของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศและประมาณการว่า 350 ล้านคนทั่วโลกหรือเทียบเท่ากับ 1 ใน 20 คนกำลังเผชิญภาวะซึมเศร้าในปีที่ผ่านมา<sup>1</sup> ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่มักเริ่มต้นในช่วงเข้าสู่วัยรุ่น และสามารถส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม หรือนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นในทุกประเทศทั่วโลก<sup>2</sup>

ความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าในเพศชายพบได้ร้อยละ 9 และในเพศหญิงพบถึงร้อยละ 15<sup>3</sup> เมื่อป่วยแล้วโรคนี้อัตราการเกิดซ้ำได้ถึงร้อยละ 50-70<sup>3</sup> มีการประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2020 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากโรคนี้อาจเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด<sup>4,5</sup> ในเด็กและวัยรุ่น พบโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน โดยเด็กเล็กมีอัตราการป่วยร้อยละ 0.3 เด็กวัยเรียนพบได้ร้อยละ 2 วัยรุ่นพบร้อยละ 5 ความชุกชั่วชีวิตของโรคนี้อัตราการพบสูงถึงร้อยละ 15-20<sup>6</sup> โดยคนที่มีความเสี่ยงสูงมักพบโรคจิตเวชร่วมด้วยร้อยละ 40-70 ได้แก่ โรควิตกกังวล (anxiety) โรคพฤติกรรมเกร (conduct disorder) และภาวะติดสารเสพติด (substance use disorder) ประเทศไทย ในปี 2559 กรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษาความชุกโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี พบความชุกร้อยละ 2 และความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 2.5<sup>7</sup>

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่เป็นภาระโรค (DALYs; disability-adjusted years lost) สูงที่สุดสำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง และการทำร้ายตัวเอง (self-harm) เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามของวัยรุ่น ซึ่งส่วนหนึ่งก็มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า<sup>8</sup> ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสาเหตุการตายหลักของกลุ่มเยาวชนทั่วโลก รวมถึงเป็นสาเหตุหลักต่อการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตได้ปกติ ทั้งของเพศชายและเพศหญิง ทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา<sup>9</sup>

ข้อมูลภาระโรคของประเทศไทย พบว่า สุขภาพกายมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ปัญหาสุขภาพจิตกลับมีปัญหามากขึ้น โดยพบว่าภาวะซึมเศร้ามักกลายเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียด้านสุขภาพ ความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 55.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2540 เป็น 290.8 ต่อประชากร 100,000 คนในพ.ศ. 2554 ถ้าพิจารณาความบกพร่องทางสุขภาพ/ความพิการ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย<sup>10</sup>

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2553 กรมสุขภาพจิตมีการดำเนินการป้องกันและจัดการปัญหาภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นตั้งแต่การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้ในประชาชน เฝ้าระวังโรคทั้งประเทศ มีการค้นหาและช่วยเหลือทางจิตใจสังคม และได้จัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป<sup>11,12</sup> โดยเน้นกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งผลทำให้เกิดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น ยังเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการน้อย ในขณะที่สถานการณ์ด้านพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ปัญหาการดื่มเหล้า บุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การทำร้ายตัวเอง การใช้ความรุนแรง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>12</sup> อีกทั้งยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการศึกษา หรือแม้แต่คนในครอบครัววัยรุ่นเอง ส่วนใหญ่ยังมีความไม่เข้าใจ หรืออาจยังมีทัศนคติในการตัดสินใจต่อพฤติกรรม การแสดงออกต่างๆ ที่บางครั้งนั้นคืออาการของโรค และไม่สามารถแยกแยะลักษณะอาการ หรือระบุภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมักมีอาการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ต่างไปจากวัยอื่นๆ เช่น มาด้วยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายคนอื่น หรือมาด้วยปัญหาการควบคุมอารมณ์ก้าวร้าว ปัญหาการกินหรือการอดอาหาร หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทำให้มีการวินิจฉัยน้อย วัยรุ่นเข้าถึงบริการการรักษาทางจิตใจน้อย ส่งผลทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ต้น นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ที่มีความรุนแรงขึ้น เช่น ทำร้ายตนเอง ใช้สารเสพติด ทำร้ายคนอื่น รวมถึงกลุ่มวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีลักษณะเฉพาะ อาจปฏิเสธการไปรับการรักษาหรือการช่วยเหลือ หากต้องเจอผู้ใหญ่ที่ไม่เข้าใจ ตำหนิ หรือตัดสิน ดังนั้น หากบุคลากรที่ทำงานหรือดูแลกลุ่มเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงแนวทางส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้า จะเป็นการช่วยลดปัญหาหรือความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ของสังคมลงได้

จากความสำคัญของโรคและการสูญเสียที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า คณะทำงานจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการในลักษณะคณะทำงานวิชาการร่วมกันทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีความน่าเชื่อถือทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอยู่ในต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา<sup>13</sup> สหราชอาณาจักร<sup>14</sup> ออสเตรเลีย<sup>15</sup> สเปน<sup>16</sup> มาเลเซีย<sup>17</sup> วิเคราะห์ ประมวลผล และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะที่มีข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้ รวมถึงปรับเนื้อหาบางส่วนให้สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยและมีการทำประชาพิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ จิตแพทย์ทั่วไป แพทย์ทั่วไปที่ดูแลงานจิตเวช และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการทางสุขภาพสำหรับวัยรุ่น เพื่อจัดทำสรุปเป็นแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจ มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานใกล้เคียงกันในการป้องกันดูแลบำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่คณะทำงานได้จัดทำขึ้นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมคุณภาพการบริการและการรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องและเหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน โดยหวังผลให้เป็นเครื่องมือในการให้บริการการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับวัยรุ่น

แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้เป็นเพียงแนวทาง (guideline) ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่เผยแพร่ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขเพื่อช่วยในการตัดสินใจ แต่ไม่ใช่มาตรฐานตามกฎหมายที่ต้องทำตามทุกอย่าง (gold standards) โดยละเอียดหรือไม่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่สภาวะใดสภาวะหนึ่งในขณะนั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ตัดสินใจการรักษาของแพทย์ที่แตกต่างออกไปว่าถูกหรือผิด เพราะในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง สภาวะแวดล้อม หรือตัวแปรอื่นที่มีผลทำให้แพทย์สามารถพิจารณาทางเลือกในการรักษาที่แตกต่างกันออกไปได้

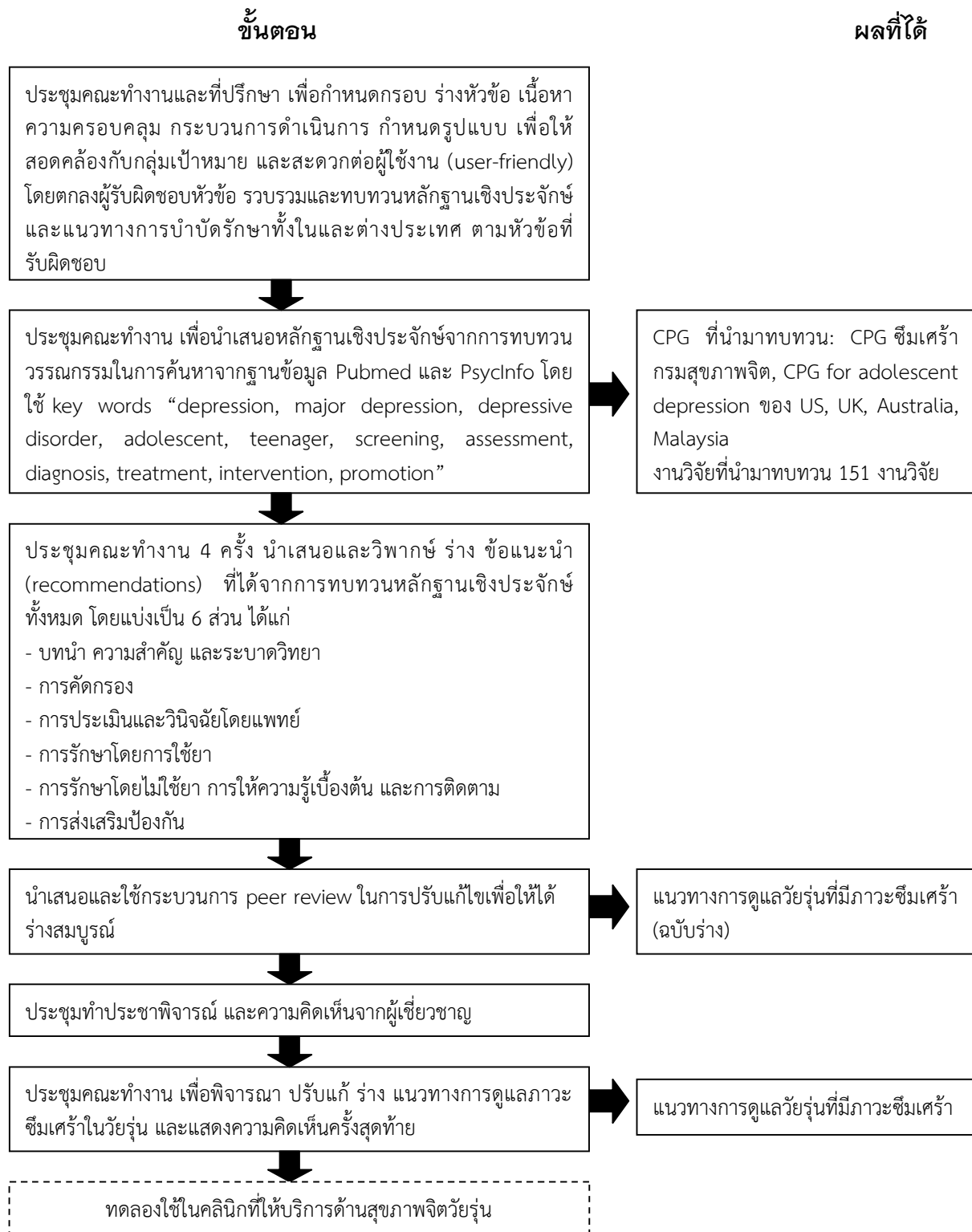
คณะผู้จัดทำขอสงวนสิทธิ์ในการนำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมาย โดยไม่ผ่านการพิจารณาจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณี

คณะผู้จัดทำ

พฤศจิกายน 2560



## กระบวนการจัดทำ แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า



## คุณภาพของหลักฐานและน้ำหนักความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำ

แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล่มนี้ มีการกำหนดระดับคุณภาพของหลักฐาน และน้ำหนักความน่าเชื่อถือของข้อแนะนำ โดยอ้างอิงตามแนวทางการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติของแพทยสภา<sup>18,19</sup> ดังต่อไปนี้

### คุณภาพหลักฐาน (Quality of Evidence)

#### ตารางที่ 1 เกณฑ์การจัดระดับคุณภาพของหลักฐาน

ระดับ	แหล่งที่มาของหลักฐาน
A	<ul style="list-style-type: none"><li>- การทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) การวิเคราะห์แปรฐาน (meta-analysis) ของการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials)</li><li>- การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยมอย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)</li></ul>
B	<ul style="list-style-type: none"><li>- การทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (systematic review of non-randomized, controlled, clinical trials)</li><li>- การศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial)</li><li>- หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case control analytic studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดีซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม</li><li>- หลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มีมาตรการดำเนินการ หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกรูปแบบอื่นหรือทดลองแบบไม่มีการควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัดมาก</li></ul>
C	<ul style="list-style-type: none"><li>- หลักฐานที่ได้จากการศึกษาพรรณนา (descriptive studies)</li><li>- การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)</li></ul>
D	<ul style="list-style-type: none"><li>- หลักฐานที่ได้จากรายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญประกอบกับความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญบนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก</li><li>- รายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะอย่างน้อย 2 ฉบับ</li></ul>

น้ำหนักข้อเสนอแนะ (Strength of recommendation)

ตารางที่ 2 เกณฑ์การจัดน้ำหนักของข้อเสนอแนะ

น้ำหนัก	คำจำกัดความ	ความหมาย
++	“แนะนำอย่างยิ่ง” (strongly recommend)	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) (ควรทำ)
+	“แนะนำ” (recommend)	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ (อาจไม่ทำก็ได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความเหมาะสม: น่าทำ)
+/-	“ไม่แนะนำและไม่คัดค้าน” (neither recommend nor against)	ความมั่นใจยังกำกวมในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่าอาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่าแต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ (อาจทำหรืออาจไม่ทำก็ได้)
-	“ไม่แนะนำ” (not recommend)	ความมั่นใจของคำแนะนำไม่ให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่าหากไม่จำเป็น (อาจทำก็ได้กรณีมีความจำเป็นแต่โดยทั่วไป: ไม่น่าทำ)
--	“ไม่แนะนำอย่างยิ่ง/ คัดค้าน” (strongly not recommend / against)	ความมั่นใจของคำแนะนำไม่ให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (ไม่ควรทำ)

# แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

## *Clinical Practice Guideline for Adolescents with Depression*

แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล่มนี้ กำหนดให้วัยรุ่น หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 11 – 21 ปี โดยอ้างอิงตามราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ข้อแนะนำในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1	การคัดกรอง	ข้อแนะนำที่ 1, 2, 3
ส่วนที่ 2	การวินิจฉัย	ข้อแนะนำที่ 4, 5
ส่วนที่ 3	การรักษา	ข้อแนะนำที่ 6, 7, 8, 9, 10, 11
ส่วนที่ 4	การส่งเสริมป้องกัน	ข้อแนะนำที่ 12, 13

# ส่วนที่ 1 การคัดกรอง

## ข้อแนะนำที่ 1 ควรใช้ระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไปด้วยแบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ (A, ++)

ควรใช้ระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไปอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้วยแบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพที่ดี<sup>20</sup>

เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพพอที่สามารถคัดกรองและนำไปสู่การระบุภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้<sup>24-26</sup> แสดงในตารางที่ 3 โดยแบบประเมิน CDI, CES-D และ PHQ-9 เป็นเครื่องมือที่ให้วัยรุ่นตอบด้วยตนเอง (self-report) ส่วน 9Q เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการสัมภาษณ์โดยบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสามารถนำไปใช้คัดกรองในชุมชน โรงเรียน หรือสถานพยาบาลได้ตามบริบทของแต่ละสถานที่ อย่างไรก็ตาม **เครื่องมือเหล่านี้ใช้แค่เพียงการคัดกรอง ไม่ควรใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค**

ตารางที่ 3 ตัวอย่างเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีในประเทศไทย\*

เครื่องมือ	อายุ (ปี)	ลักษณะเครื่องมือ	คุณภาพของเครื่องมือ (%)	
			Sensitivity	Specificity
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย <sup>28</sup>	7-17	- แบบประเมินตนเอง (self-report) 27 ข้อ	78.7	91.3
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย <sup>27</sup>	15-18	- แบบประเมินตนเอง (self-report) 20 ข้อ	72	85
Thai version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9) <sup>29</sup>	18 ปีขึ้นไป	- แบบประเมินตนเอง (self-report) 9 ข้อ	53	98
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	18 ปีขึ้นไป	- แบบสัมภาษณ์ 9 ข้อ	85	72

\* รายละเอียดเครื่องมือและวิธีการแปลผล อยู่ในภาคผนวก ก, ข, ค และ ง ตามลำดับ

## ข้อแนะนำที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (B, ++)

วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช หรือมีประวัติครอบครัวที่มีโรคทางจิตเวช โรคเรื้อรังทางกายที่ป่วยมานานเกิน 3 เดือน และมีผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน และปัญหาการปรับตัวในสังคม ควรได้รับการประเมินเบื้องต้นเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า<sup>30,31</sup> ซึ่งอาจทำได้ด้วยการสอบถามอาการที่น่าสงสัยภาวะซึมเศร้า<sup>32</sup> ใช้วิธีการซักประวัติตามแนวทางการประเมินด้านจิตสังคมในวัยรุ่น (HEADSSS assessment) (รายละเอียดในภาคผนวก จ) หรืออาจเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองเช่นเดียวกับที่ระบุตามข้อแนะนำที่ 1

## ส่วนที่ 2 การวินิจฉัย

ข้อแนะนำที่ 3 วัยรุ่นที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก หรือมีอาการที่น่าสงสัยภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (B, +)

ในวัยรุ่นที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก หรือมีอาการที่น่าสงสัยภาวะซึมเศร้า ควรมีการประเมินเพื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ในกรณีที่สถานบริการสาธารณสุขมีปัญหาในการประเมินและวินิจฉัย อาจพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

การประเมินควรประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากโรงเรียนหรือแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง<sup>13,31</sup>

### การซักประวัติ

ควรมีการซักประวัติจากทั้งผู้ปกครอง และซักประวัติวัยรุ่นตามลำพังแยกจากผู้ปกครอง ด้วยแนวทางการซักประวัติที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น (ดูภาคผนวก ฉ) เพื่อประเมินอาการของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยความเครียดที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า รวมทั้งควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<sup>30,33,34</sup> โดยอาจใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q (ดูภาคผนวก ช)

นอกจากนี้ ควรซักประวัติความเจ็บป่วยทางร่างกาย ประวัติครอบครัว และประวัติทางสังคม<sup>13,30,35</sup> ดังตัวอย่างคำถามในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 หัวข้อการซักประวัติและตัวอย่างคำถาม

หัวข้อ	ตัวอย่างคำถาม
ประวัติปัจจุบัน	“ที่ผ่านมามีความเศร้าหรือหงุดหงิด บ่อยแค่ไหน” “มีช่วงเวลาที่เป็นที่น่าใจหาย ท้อแท้ หรือรู้สึกไม่สนุกสนานในเรื่องที่เคยสนุกมาก่อนไหม” “มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นก่อนหรือเป็นเหตุให้รู้สึกเศร้าไหม” “ตั้งแต่มีอาการเศร้ามา ได้เกิดผลกระทบต่อชีวิตอย่างไรบ้าง”
ประวัติอดีต	“เคยถูกใครทำร้ายมาก่อนหรือไม่” (ทางร่างกาย ทางเพศ ทางจิตใจรุนแรง ถูกทอดทิ้ง) “เคยใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น บุหรี่ เหล้า กัญชา ยาบ้า หรือไม่”
ประวัติโรคทางกาย	“มีโรคประจำตัวหรือไม่” (โดยเฉพาะโรคทางระบบประสาทและสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะติดเชื้ โรคเรื้อรัง โรคเอดส์) “มียาอะไรที่กินเป็นประจำอยู่บ้างหรือไม่” (โดยเฉพาะ ยาลดน้ำหนัก ยารักษาสิว สเตียรอยด์)

หัวข้อ	ตัวอย่างคำถาม
ประวัติ พัฒนาการ และการเรียน	“เคยมีปัญหาการเรียน เช่น เรียนช้า สมาธิในการเรียนไม่ดี หรือไม่” “ผลการเรียนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร”
ประวัติ ครอบครัว	“มีใครในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชหรือไม่” “ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอย่างไร”
ประวัติสังคม	“เคยมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือไม่” “เคยถูกเพื่อนแกล้ง/รังแก หรือไม่”
ประวัติ การฆ่าตัวตาย	“ความเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้เคยคิดอยากตายหรือไม่อยากอยู่หรือไม่” “เวลาเมื่อความคิดนี้ คิดจะทำอะไร” “เคยคิดอยากทำร้ายตนเองหรือไม่ คิดถึงวิธีการหรือไม่ว่าจะทำอะไร เคยทำมาก่อนหรือไม่”

#### การตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต

ควรมีการตรวจร่างกายเพื่อหาโรคทางกายที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และตรวจสภาพจิตเพื่อประเมินสภาพจิตใจ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

#### ตารางที่ 5 การตรวจร่างกาย และสภาพจิต

<b>การตรวจร่างกาย</b>	ประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพ และตรวจร่างกาย โดยเน้นการตรวจหาโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น เบาหวาน (diabetes) โรค SLE หรือโรคลมชัก (epilepsy) และตรวจร่องรอยของการทำร้ายตนเอง เช่น รอยกรีดข้อมือ
<b>การตรวจสภาพจิต</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกตลักษณะทั่วไป เช่น ท่าทาง สีหน้า แววตา การแต่งกาย สุขอนามัย ความร่วมมือ</li> <li>- ลักษณะการพูด เช่น พูดเบาและช้า พูดห้วน น้ำเสียงก้าวร้าว</li> <li>- อารมณ์ ได้จากการถามวัยรุ่นตรงๆ เช่น เศร้า หดหู่ โกรธ และจากการสังเกตอารมณ์ขณะวัยรุ่นเล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆ และผลกระทบที่ทำให้เศร้าหรือโกรธ</li> <li>- ความคิดลบ ความรู้สึกผิดความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ ไม่มีความหวัง</li> <li>- ความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออยากทำร้ายผู้อื่น</li> <li>- อาการประสาทหลอน เช่น เสียงหูแว่ว โดยเฉพาะเป็นเสียงตำหนิ ภาพหลอน</li> <li>- ความสนใจและสมาธิ เช่น 100-7 (ลบไปเรื่อยๆ)</li> <li>- การตัดสินใจ อาจมีปัญหาความวุ่นวาย ไม่ใช่เหตุผล หรือลังเล ขลาดกลัว</li> <li>- การตระหนักรู้ตน เช่น การรับรู้ภาวะซึมเศร้า/การเปลี่ยนแปลงของตนเอง</li> </ul>



**ข้อแนะนำที่ 4 ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ควรอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานและวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่น (B, ++)**

ควรวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน<sup>13,30</sup> เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) ของ American Psychiatric Association<sup>36</sup> ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ตาม DSM-5
<p>A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในช่วงเวลาที่ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยต้องมีอาการในข้อ (1) อารมณ์เศร้า หรือ (2) หดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ อย่างน้อย 1 ข้อ</p> <p>(1) มีอารมณ์เศร้าในส่วนใหญ่ของวัน และเป็นแทบทุกวันจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)</p> <p style="background-color: #e0f2f1;"><b>หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่น อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด</b></p> <p>(2) หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ เกือบทั้งหมด ในส่วนใหญ่ของวัน และเป็นแทบทุกวัน (จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)</p> <p>(3) น้ำหนักลดโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากเกินไป (เช่น เกินร้อยละ 5 ใน 1 เดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปแทบทุกวัน</p> <p style="background-color: #e0f2f1;"><b>หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่น อาจใช้อาการน้ำหนักไม่เพิ่มตามที่ควรจะเป็น</b></p> <p>(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป เป็นแทบทุกวัน</p> <p>(5) มีพฤติกรรมกระวนกระวายหรือเฉื่อยชา เป็นแทบทุกวัน (สังเกตได้โดยผู้อื่น มิใช่เพียงแต่ความรู้สึกกระวนกระวายหรือรู้สึกง่วง)</p> <p>(6) รู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง เป็นแทบทุกวัน</p> <p>(7) รู้สึกไร้ค่า หรือมีความรู้สึกผิดที่ไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจเป็นความรู้สึกหลงผิด) เป็นแทบทุกวัน (มิใช่เพียงแคโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)</p> <p>(8) สมาธิและความสามารถในการคิดลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ เป็นแทบทุกวัน (จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)</p> <p>(9) คิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความตาย (มิใช่แค่กลัวตาย) คิดอยากตายซ้ำๆ มีความพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนฆ่าตัวตาย</p>
<p>B. อาการเหล่านี้ทำให้เกิดความทุกข์ใจ หรือมีผลกระทบต่อสังคม การงาน หรือการดำเนินชีวิตด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย</p>

<b>เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ตาม DSM-5</b>
C. อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากยาหรือสารเสพติด หรือโรคทางกาย
D. อาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นจากภาวะ schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder หรือโรคอื่นในกลุ่ม schizophrenia spectrum หรือโรคจิตอื่นๆ
E. ไม่เคยมี manic หรือ hypomanic episode

ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ควรมีการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นที่มีอาการคล้ายภาวะซึมเศร้า<sup>34-38</sup> ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยแยกโรค

<b>ภาวะที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะซึมเศร้า</b>
- อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายตามธรรมชาติของวัยรุ่นและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติ
- โรคทางกายที่มีอาการคล้ายภาวะซึมเศร้า เช่น ภาวะซีด (anemia) โรคมะเร็ง (cancer) ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ (hypothyroidism) โรคติดเชื้อบางอย่าง
- ภาวะเศร้าจากการสูญเสีย (bereavement)
- ภาวะการปรับตัวต่อความเครียดหรือสถานการณ์ไม่เหมาะสม (adjustment disorder with depressed mood)
- ภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลจากโรคทางกาย (depressive disorder due to another medical condition) เช่น โรคเบาหวาน (diabetes) โรค SLE โรคลมชัก (epilepsy)
- ยาที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า (substance induced depressive disorder) เช่น ยากลุ่ม beta blocker ยาคุม (contraceptives)
- โรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น bipolar disorder, anxiety disorder

**ข้อแนะนำที่ 5 ควรมีการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและวินิจฉัยโรคร่วม (B, ++)**

ควรมีการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาความรุนแรงของอาการ (**severity**) และการสูญเสียหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (**function**) ในด้านการเรียน การทำงาน การเข้าสังคม<sup>13,30,39</sup> โดยอาจใช้การแบ่งระดับความรุนแรงตาม DSM-5<sup>36</sup> ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตาม DSM-5

ระดับความรุนแรง	อาการซึมเศร้า	การสูญเสียหน้าที่ชีวิตประจำวัน
ไม่รุนแรง (mild)	<ul style="list-style-type: none"> <li>เศร้า เบื่อ แต่ยังสามารถจัดการอารมณ์เองได้บ้าง หรือมีที่ปรึกษาคลายเครียด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปนไม่ยอมทำ แต่ยังทำหน้าที่ประจำวันได้ ดูแลตัวเองได้</li> </ul>
ปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>เศร้าหรือหงุดหงิดอย่างมากจนคุมอารมณ์ไม่ได้</li> <li>นอนไม่หลับหรือหลับมากไปเกือบทุกวัน</li> <li>รู้สึกไร้ค่า มองโลกแง่ลบมาก ปนอยากตายบ่อยๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เก็บตัว ไม่กิน ไม่นอน ไม่อาบน้ำ ไม่ไปเรียน ไม่ทำงาน หลีกหนีสังคม (จากเดิมไม่มีปัญหาการเข้าสังคม) ไม่ดูแลตัวเอง</li> </ul>
ฉุกเฉิน (emergency)	<ul style="list-style-type: none"> <li>เศร้าหรือหงุดหงิดจนอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือคนอื่น คิดอยากฆ่าตัวตายและมีการวางแผนชัดเจน</li> <li>มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ระแวง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>น้ำหนักลดลงอย่างมาก ไม่กินอาหารนานๆ</li> <li>อาการทางร่างกายรุนแรง เช่น ชัก วูบ ปวดหัว อาเจียนรุนแรง มีอาการจนปฏิเสธการไปเรียนหรือทำงาน</li> <li>ปฏิเสธการดูแลและความช่วยเหลือ</li> </ul>

ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ควรมีการประเมินและวินิจฉัยโรคร่วม (co-morbidity)<sup>13,30,36</sup> พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 10-15 มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ยิ่งภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้นจะพบโรคร่วมมากขึ้น<sup>40</sup> โรคที่พบร่วมได้บ่อยกับภาวะซึมเศร้า แสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 โรคร่วม (co-morbidity)

โรคที่พบร่วมได้บ่อยกับภาวะซึมเศร้า
<ul style="list-style-type: none"> <li>โรควิตกกังวล (anxiety disorders)</li> <li>ปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ โรคพฤติกรรมเกเร (conduct disorder), โรคดื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder)</li> <li>โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorders, ADHD)</li> <li>ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorders, LD)</li> <li>ภาวะติดสารเสพติด (substance use disorders)</li> <li>โรคความผิดปกติทางการกิน (eating disorder)</li> <li>โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder, OCD)</li> </ul>

## ส่วนที่ 3 การรักษา

### หลักการรักษา

ข้อแนะนำที่ 6 ในการรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจ (B, ++)

ในการรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว (psycho-education) แก่วัยรุ่นและผู้ปกครองและให้การช่วยเหลือระดับประคองจิตใจ เช่น การปรับสภาวะแวดล้อม การช่วยเหลือที่โรงเรียน และแก้ไขปัจจัยความเครียดที่มีอยู่<sup>41</sup>

Psycho-education ควรประกอบด้วยข้อมูลและคำแนะนำ ดังต่อไปนี้

- ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผลกระทบ และความจำเป็นที่ต้องมีการรักษา
- สาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้เกิดจากเหตุใดเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน จึงควรหลีกเลี่ยงการกล่าวโทษกันหรือการตำหนิตนเองว่าซึมเศร้าเพราะความอ่อนแอ
- ทางเลือกในการรักษาแบบต่างๆ และให้ความหวังว่าภาวะซึมเศร้าสามารถดีขึ้นหรือหายได้
- ส่งเสริมการออกกำลังกายแบบ aerobic exercise เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิค อย่างสม่ำเสมอ
- แนะนำเรื่องสุขภาวะการนอนหลับ (sleep hygiene)
- ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้มองเห็นข้อดีและคุณค่าของตนเอง
- แนะนำวิธีจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เหมาะสม
- แนะนำการเพิ่มปฏิสัมพันธ์และการใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว
- ช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจและสนับสนุนให้กำลังใจวัยรุ่น
- อาจจำเป็นต้องมีการปรับสภาพแวดล้อม เช่น การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งหรือปัญหาการสื่อสารในครอบครัว การแก้ไขปัญหสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน หรือการลดความกดดันที่โรงเรียน
- ในวัยรุ่นที่ปฏิเสธกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ อาจให้ทำแผนสร้างกิจกรรมที่เพิ่มความสุขและความสำเร็จง่าย ๆ ในชีวิต (pleasure activities) และส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแผนนั้น
- แนะนำครอบครัวเฝ้าระวังความเสี่ยงทำร้ายตนเอง และการเก็บอาวุธและวัตถุที่อาจใช้ทำร้ายตนเอง

(ใบความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น และการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในภาคผนวก ซ และ ฉ)

## ข้อเสนอแนะที่ 7 ควรวางแผนการรักษาโดยพิจารณาตามความรุนแรงของอาการ (B, ++)

ในกรณีที่วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าไม่รุนแรง ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการช่วยเหลือแบบประคับประคองจิตใจดังกล่าวตามข้อเสนอแนะที่ 6 ซึ่งสามารถทำได้ในสถานพยาบาลทั่วไปโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือแพทย์ทั่วไป โดยนัดติดตามอาการในเวลา 2-4 สัปดาห์ และหากอาการดีขึ้น ควรนัดติดตามต่ออีกเป็นระยะอย่างน้อย 6 เดือน แต่หากอาการไม่ดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ หรือในกรณีที่วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ควรให้การรักษาด้วยยาต้านซึมเศราร่วมด้วย<sup>13,14,42</sup> (ดูเพิ่มเติมในข้อเสนอแนะที่ 8-9) หรือส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ที่ให้บริการด้านจิตเวช

ในสถานบริการสาธารณสุขที่สามารถให้การรักษาแบบจิตบำบัดได้ พิจารณาให้การรักษาด้วยจิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยา หรืออาจเริ่มจากการทำจิตบำบัดอย่างเดียวก่อนถ้าอาการไม่รุนแรง และพิจารณาให้ยาร่วมด้วยหากรักษาด้วยจิตบำบัดแล้วไม่ดีขึ้น (ดูเพิ่มเติมในข้อเสนอแนะที่ 11)

ในกรณีที่วัยรุ่นมีอาการรุนแรงมาก มีความคิด แผนการ และ/หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีภาวะทางจิต หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น ควรพิจารณารับเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยให้อยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช (ถ้ามี) หรือในหอผู้ป่วยที่สามารถสังเกตอาการได้ใกล้ชิด จนวัยรุ่นมีความปลอดภัยและมีอาการดีขึ้นจึงให้การรักษาด้วยแบบผู้ป่วยนอก

## การรักษาด้วยยา

### ข้อเสนอแนะที่ 8 ในวัยรุ่นที่สมควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการใช้ยา เพื่อให้วัยรุ่นและผู้ปกครองตัดสินใจ (A, ++)

ควรมีการแนะนำการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สมควรได้รับยา โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการรักษาด้วยยา รวมทั้งทางเลือกอื่นๆ เพื่อให้วัยรุ่นและผู้ปกครองพิจารณาตัดสินใจ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่ไม่มีความพร้อมในการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ควรพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือสถานบริการสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น

ยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น คือ ยาในกลุ่ม serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ fluoxetine, sertraline, escitalopram และ fluvoxamine

โดย fluoxetine เป็นยาที่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันที่แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าทั้งในเด็กและในวัยรุ่นมากที่สุด ส่วนยาในกลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA) เช่น amitriptyline, nortriptyline หรือ imipramine ไม่มีข้อมูลว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นจึงไม่ควรใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษา

อาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่ม SSRI ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ง่วงนอน หรือนอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้มักไม่รุนแรงและหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะ

หนึ่ง ในวัยรุ่นบางรายอาจมีอาการกระวนกระวาย หรือมีการยับยั้งตนเองลดลง (activation symptoms) การใช้ยาในระยะยาวอาจทำให้เกิดปัญหาความต้องการทางเพศลดลงหรืออวัยวะเพศไม่แข็งตัวได้<sup>43</sup> อาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ในเอกสารกำกับยาของยา

ยาในกลุ่ม SSRI มีข้อห้ามใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) หรือกลุ่มยา TCA หรือยาอื่นที่มีฤทธิ์เพิ่ม serotonin เช่น dextromethorphan หรือ tramadol อาจทำให้เกิด serotonin syndrome ซึ่งประกอบด้วยอาการไข้ สับสน กระวนกระวาย สั่น กล้ามเนื้อกระตุก เตินเซ ซัก และความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ<sup>44</sup> เนื่องจาก SSRI มีฤทธิ์ในการยับยั้งเอ็นไซม์ cytochrome P450 การใช้ SSRI ร่วมกับยาที่ถูกทำลายด้วยเอ็นไซม์นี้ จึงอาจทำให้ระดับยาดังกล่าวในเลือดสูงขึ้นได้ จึงควรต้องมีการตรวจสอบโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน (drug interaction) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายตัว

การใช้ยาด้านซึมเศร้าอาจกระตุ้นให้เกิด manic episode ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเป็น bipolar disorder ได้

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการวิจัยพบว่า การใช้ยาด้านซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในช่วงแรกที่ใช้ยา อย่างไรก็ตาม พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ลดลงอย่างชัดเจนหลังจากที่เริ่มมีการใช้ SSRI รักษาโรคซึมเศร้า<sup>45</sup>

### ข้อแนะนำที่ 9 ในการรักษาด้วยยา ควรใช้ยาในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม (B, ++)

ในการให้ยา ควรเริ่มที่ขนาดต่ำกว่าก่อนเสมอ เพื่อลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดจนถึงระดับที่เหมาะสม หลังจากนั้น ควรรอดูการตอบสนองประมาณ 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะเพิ่มขนาดยาหากยังไม่ได้ผล (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ขนาดของยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในวัยรุ่น

ยา	ขนาด (ม.ก./เม็ด)	ขนาดเริ่มต้น (ม.ก./วัน)	ขนาดทั่วไปที่ใช้รักษาวัยรุ่น (ม.ก./วัน)
Fluoxetine <sup>a,b</sup>	20	10	20–60
Sertraline <sup>a</sup>	50, 100	25	50–200
Escitalopram <sup>c</sup>	10, 20	5	10–40
Fluvoxamine	50, 100	25	50–300

หมายเหตุ a=อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

b=ได้รับการรับรองให้ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 7 ปี ขึ้นไป

c=ได้รับการรับรองให้ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 12 ปี ขึ้นไป

เมื่อมีการตอบสนอง มีผลดีจากการรักษา ควรให้ยาในขนาดเดิมต่อเนื่องต่อไปอีกอย่างน้อย 6-12 เดือน หรืออาจนานกว่า 1 ปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรมีการให้ข้อมูลวัยรุ่นและผู้ปกครองถึงความสำคัญในการกินยาทุกวันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ในการหยุดยา ควรค่อยๆ ลดขนาดยาลงก่อนที่จะหยุดยาเพื่อป้องกันอาการถอนยา (withdrawal symptoms) ในกรณีที่วัยรุ่นกลับเป็นซ้ำ หลังหยุดยาในการรักษารอบใหม่ ควรให้ยาเป็นเวลานานมากกว่า 1-2 ปี หรืออาจต้องให้ติดต่อกันหลายปี โดยเฉพาะถ้ากลับเป็นซ้ำหลายครั้งหรือมีอาการรุนแรง<sup>13</sup>

หากอาการของวัยรุ่นยังคงไม่ดีขึ้น หลังจากได้รับยา SSRI ตัวแรกในขนาดที่เหมาะสมในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์แล้ว ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นในกลุ่ม SSRI หรือยาในกลุ่มอื่น เช่น ยาในกลุ่ม SNRI ได้แก่ venlafaxine หรือพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ หรือให้การรักษาด้วยจิตบำบัดร่วมด้วย<sup>46</sup>

### การรักษาด้วยจิตบำบัด

**ข้อเสนอแนะที่ 10** พิจารณาให้การรักษาดด้วยจิตบำบัดในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง โดยเลือกวิธีบำบัดที่มีหลักฐานประสิทธิภาพในการรักษา (A, ++)

ในสถานบริการสาธารณสุขที่มีความพร้อมและมีผู้เชี่ยวชาญในการทำจิตบำบัด อาจพิจารณาให้รักษาดด้วยจิตบำบัดในวัยรุ่นที่สมควรได้รับการรักษาดด้วยจิตบำบัดโดยเลือกใช้จิตบำบัดที่มีหลักฐานการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy, CBT) หรือการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT)

การทำ CBT เน้นการกระตุ้นพฤติกรรมที่นำไปสู่อารมณ์ทางบวก (behavior activation) และปรับความคิดที่มักนำไปสู่อารมณ์ทางลบ (cognitive restructuring) โดยหากเป็นไปได้ในช่วง 4 สัปดาห์แรกควรมีการนัดวัยรุ่นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาวะและประสิทธิผลในการบำบัด และปรับเป็นทุก 2-4 สัปดาห์เมื่ออาการดีขึ้น<sup>52,53</sup>

หากติดตามการรักษาโดยการบำบัดไปแล้ว 4-6 ครั้ง อาการไม่ตอบสนองในทางที่ดีขึ้น ควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ทางจิตสังคมและวางแผนการแก้ไขปัญหา เช่น การมีความขัดแย้งในครอบครัว โรคทางจิตเวชในบิดามารดา โดยมีการประเมินร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หรือให้การรักษาดเพิ่มเติมอื่นๆ<sup>14</sup>

## การติดตามการรักษา

**ข้อแนะนำที่ 11 ควรติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ หากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือมีปัญหาที่ซับซ้อน (A, ++)**

แม้อาการของภาวะซึมเศร้าจะลดลงแล้ว วัยรุ่นควรได้รับการติดตามรักษาจนผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

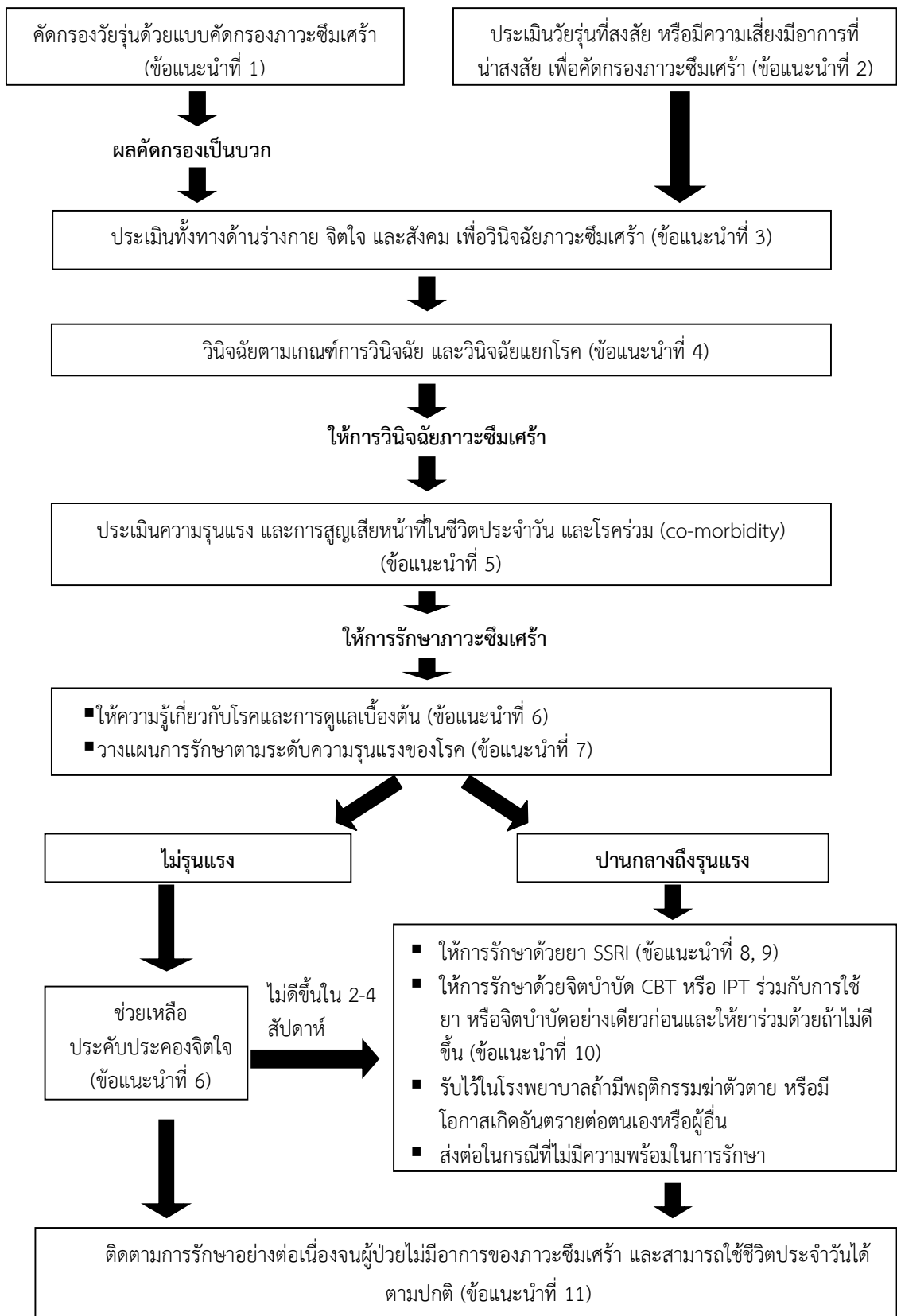
การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าติดตามการลดลงของอาการ (รายละเอียดแบบประเมินในภาคผนวก ก และ ข) จะช่วยลดหรือชะลอการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ (recurrent) หรือการเกิดโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (chronic depression) ได้ อีกทั้งการบำบัดด้วยหลายวิธีร่วมกัน เช่น CBT ร่วมกับการใช้ยา พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการกำเริบซ้ำดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว<sup>42,51,54</sup>

ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการให้ความรัก ความเข้าใจ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการอารมณ์ จัดการความขัดแย้งในครอบครัว โดยไม่ใช้อารมณ์และความรุนแรง ช่วยส่งเสริมพัฒนาบุคลิกภาพของวัยรุ่นให้เข้มแข็ง รู้จักใช้เหตุผล ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย และการแสดงออกทางอารมณ์และการจัดการความคับข้องใจได้อย่างเหมาะสม (coping skills)

ในกรณีที่ติดตามไปแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น หรือกลับมาแย่ลง หรือมีปัญหาซับซ้อนและไม่สามารถแก้ไขได้ ควรพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ



## Algorithm การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า



## ส่วนที่ 4 การส่งเสริมป้องกัน

**ข้อแนะนำที่ 12** วัยรุ่นทุกคนควรได้รับการส่งเสริมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (A, +)

วัยรุ่นทุกคนควรได้รับการส่งเสริมทักษะชีวิตตั้งแต่เด็ก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (universal prevention) โดยเฉพาะทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด และทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ทั้งนี้ อาจแทรกเป็นหลักสูตรต่อเนื่อง หรือโครงการเป็นระยะ เพื่อส่งเสริมทักษะดังกล่าวในโรงเรียนหรือในชุมชน รวมทั้งควรมีการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

**ข้อแนะนำที่ 13** ควรมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง (A, +)

ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ควรมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้า (targeted prevention) ในระดับโรงเรียนอาจทำได้โดยการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ส่งเสริมศักยภาพที่มีความถนัด การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า เสริมทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและเพื่อน<sup>55</sup> และฝึกปรับความคิดที่สร้างความทุกข์ (maladaptive thought pattern)<sup>56-60</sup> รวมทั้งการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (ดูภาคผนวก ซ)

ในระดับชุมชนควรประชาสัมพันธ์ การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์หรือช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (social media)<sup>61,62</sup> เช่น สายด่วนสุขภาพจิตวัยรุ่น (adolescent help line) 1323 ของกรมสุขภาพจิต

ในระดับครอบครัว ควรเน้นส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้าใจ และแก้ปัญหาร่วมกับวัยรุ่นในทางที่เหมาะสม เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูและสื่อสารกับวัยรุ่น<sup>60,63</sup>

ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงในครอบครัว เช่น ครอบครัวหย่าร้าง ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ควรเน้นการส่งเสริมเรื่องทักษะการเลี้ยงดูที่เหมาะสม รวมถึงส่งต่อการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การให้การปรึกษา การช่วยเหลืออาชีพ สำหรับครอบครัวยากจน ส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถพูดคุยกับวัยรุ่นเรื่องความเครียด การจัดการอารมณ์ และภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองด้วย<sup>64</sup>

กรณีครอบครัวแยกทางกัน เน้นการให้ความเข้าใจกับวัยรุ่นในเรื่องการหย่าร้าง แก้ไขความเชื่อที่บิดเบือนจากสถานการณ์จริง และช่วยให้วัยรุ่นแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดามารดากับวัยรุ่น<sup>65</sup>

กรณีที่มีการเสียชีวิตในครอบครัว ควรเน้นเรื่องการช่วยให้วัยรุ่นสามารถจัดการภาวะเศร้าจากการสูญเสีย มีผู้ปกครองหรือที่ปรึกษาที่ให้ความอบอุ่นและความเข้าใจที่ดี<sup>65</sup>

กรณีที่วัยรุ่นมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคทางกายเรื้อรัง ควรเน้นส่งเสริมทักษะต่างๆ เช่น การแก้ไขปัญหา ส่งเสริมทักษะในการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะการสื่อสาร รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นหาจุดแข็งหรือความสามารถด้านอื่นๆ ของตน เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ที่ดูแลวัยรุ่นควรสร้างสัมพันธภาพที่ดี (good doctor-patient relationship) และสอบถามวัยรุ่นแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม (holistic approach) ทุกครั้งที่วัยรุ่นมารับการรักษา สร้างความเข้าใจในโรคที่ตนเองป่วย และสอบถามประเด็นความไม่สบายใจในด้านต่างๆ ของวัยรุ่น ทั้งด้านครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ร่วมกับสื่อสารกับผู้ปกครอง ให้มีความเข้าใจที่เหมาะสมในวัยรุ่น

## เอกสารอ้างอิง

1. Kessler RC, Ustun TB, editors. The WHO world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University; 2008.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367(9524):1747–57.
3. Zajecka JM. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. J Clin Psychiatry 2000;61:10–25.
4. Scott J, Dickey B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. Brit J Psychiatry 2003;183:92–4.
5. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. J Clin Psychiatry 1993;54:405–18.
6. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000. p 2740–57.
7. คุรุรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13–17 ปี. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2559;24(3):141–53. doi:10.14456/dmhjournal.2015.21.
8. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014.
9. World Health Organization. Depression [internet]. Geneva. [cited 2010 Oct 25]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
10. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1097–106.
11. Zajecka JM. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. J Clin Psychiatry 2000;61:10–25.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การค้นหา การคัดกรอง ประเมินและวินิจฉัยโรคซึมเศร้า. ใน : ธรณินทร์ กองสุข, จุมภฏ พรหมเสีดา, พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, บุญศิริ จันทศิริมงคล, สุพิน พิมพ์เสน, บุรินทร์ สุขอรุณสัมฤทธิ์, และคณะ, บรรณาธิการ. แนว

ทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2, 2554). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2554. หน้า 19–29.

13. Birmaher B, Brent D, the AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J AACAP* 2007;46(11):1503–25. doi:10.1097/chi.0b013e318145ae1c.
14. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. London: British Psychological Society; 2005.
15. Beyondblue: the national depression initiative. Clinical practice guidelines: depression in adolescents and young adults. Melbourne: beyondblue; 2000.
16. Ministry of Health and Social Policy. Clinical practice guideline on major depression in childhood and adolescence. S.A., Spain: Tórculo Artes Gráficas; 2009.
17. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association, Academy of medicine of Malaysia. Management of major depressive disorder. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2007.
18. Buckley G, West B. A safe path or a legal minefield? Clinical guidelines conference report. *Health Bull (Edin)* 1998; 56:848–50.
19. สุรจิต สุนทรธรรม, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ (บรรณาธิการ). แนวทางการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: แพทยสภา; 2559.
20. Committee on practice and ambulatory medicine and bright future periodicity schedule workgroup. 2016 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics* 2016;137(1). doi:10.1542/peds.2015–3908. Available from <http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015–3908>.
21. Yates P, Kramer T, Garralda E. Depressive symptoms amongst adolescent primary care attenders. Levels and associations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(7):588–94.
22. Force USPST. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics* 2009;123(4):1223–8.
23. Cappelli M, Clulow MK, Goodman JT, et al. Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. *J Adolesc Health* 1995;16(1):64–70.

24. Williams SB, O'Connor EA, Whitlock EP. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US preventive services task force. *Pediatrics* 2009;123:e716–e735. doi:10.1542/peds.2008–2415.
25. Siu AL. Screening for depression in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics* [internet]. 2016 [cited 2016 Mar 23];137(1). doi:10.1542/peds.2015–4467.
26. ธรรมนูญ เจริญบุญ. แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. *Thammasat Medical Journal* 2011;11(4):667–76.
27. อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลากบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540:42(1).
28. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539:41(4),221–30.
29. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ–9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
30. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D, Group G–PS. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD–PC): I. identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 2007;120(5):e1299–312.
31. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, et al. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:760.
32. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(8):837–44.
33. Shain BN, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2007;120(3):669–76.
34. Klein DN, Shankman SA. Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full–syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:703–10.
35. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2005;35(1):6–24.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p.155–88.

37. Costello EJ, Foley DL. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorder: II. developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:8-25.
38. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011;168:129-42.
39. Pickles A, Rowe R. J Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *Br J Psychiatry* 2001;179:230-5.
40. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical theoretical and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993;150:1779-91.
41. Prager LM. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev* 2009;30(6):199-205.
42. Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics* 2013;132(4):e996-1009. doi:10.1542/peds.2013-0600.
43. Smiga SM, Elliott GR. Psychopharmacology of depression in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2011;58(1):155-71. doi:10.1016/j.pcl.2010.11.007.
44. Hazell P, Mirzaie M. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD002317. doi: 10.1002/14651858.CD002317.pub2.
45. Safer DJ, Zito JM. Do antidepressants reduce suicide rates? *Public Health* 2007;121(4):274-7. doi:10.1016/j.puhe.2006.09.024
46. Brent DA, Emslie G, Clarke G, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299(8):901-13.
47. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein REK, GLAD-PC steering group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. treatment and ongoing management. *Pediatrics* 2007;120(5). Available from <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/5/e1313>.
48. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 1990;21(4):385-401

49. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(6):577–84.
50. March JS, Silva S, Petrycki S, et al. The treatment for adolescents with depression study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(10):1132–43.
51. March J, Silva S, Curry J, et al. The treatment for adolescents with depression study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1141–9.
52. Clarke GN, DeBar LL, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. In: Kazdin AE, Weisz, JR, editors. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press;2003. p. 120–34.
53. Kennard BD, Clarke GN, Weersing VR, et al. Effective components of TORDIA cognitive behavioral therapy for adolescent depression: preliminary findings. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(6):1033–41.
54. Clarke G, Debar L, Lynch F, et al. A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(9):888–98.
55. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003;112(2):e119–31.
56. Gillham JE, Reivich KJ, Freres DR, Chaplin TM, Shatte AJ, Samuels B, et al. School-based prevention of depressive symptoms: a randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *J Consult clinical psychology* 2007;75(1):9–19.
57. Cardemil EV, Kim S, Pinedo TM, Miller IW. Developing a culturally appropriate depression prevention program: the family coping skills program. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2005;11(2):99–112.
58. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school



- adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(3):312–21.
59. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301(21):2215–24. doi: 10.1001/jama.2009.788
60. Mufson L, Gallagher T, Dorta KP, Young JF. A group adaptation of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Am J Psychother* 2004;58(2):220–37.
61. Van Voorhees BW, Fogel J, Reinecke MA, Gladstone T, Stuart S, Gollan J, et al. Randomized clinical trial of an internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12-week outcomes. *J Dev Behav Pediatr* 2009;30(1):23–37. doi:10.1097/DBP.0b013e3181966c2a.
62. Van Voorhees BW, Fogel J, Pomper BE, Marko M, Reid N, Watson N, et al. Adolescent dose and ratings of an internet-based depression prevention program: a randomized trial of primary care physician brief advice versus a motivational interview. *J Cogn Behav Psychother* 2009;9(1):1–19.
63. Compas BE, Forehand R, Keller G, Champion JE, Rakow A, Reeslund KL, et al. Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(6):1007–20. doi:10.1037/a0016930.
64. Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR, Clarke GN, Porta G, Hollon SD, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: longer-term effects. *JAMA Psychiatry* 2013;70(11):1161–70. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.295.
65. Sandler I, Ayers TS, Tein JY, Wolchik S, Millsap R, Khoo ST, et al. Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally bereaved youths: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(10):907–14. doi:10.1001/archpediatrics.2010.173.

## ภาคผนวก

- ก. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D
- ข. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI)
- ค. Thai version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
- ง. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
- จ. การประเมินทางจิตสังคมในวัยรุ่น (HEEADSSS Assessment)
- ฉ. แนวทางการสัมภาษณ์และซักประวัติวัยรุ่น
- ช. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
- ซ. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สำหรับวัยรุ่น
- ฅ. แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ญ. รายนามผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์และประชาพิจารณ์

## ภาคผนวก ก.

### แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

(Center for Epidemiologic Studies–Depression Scale: CES–D) ฉบับภาษาไทย

**ผู้พัฒนา** ศ.พญ. อุมภาพร ตรังคสมบัติ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ปีที่พัฒนา** พ.ศ. 2540

**กลุ่มเป้าหมาย** วัยรุ่น อายุ 15–18 ปี

**วิธีการใช้** เครื่องมือประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้ามี 4 ระดับ คือ

ไม่เลย 0 คะแนน

บางครั้ง 1 คะแนน

บ่อยๆ 2 คะแนน

ตลอดเวลา 3 คะแนน

คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0–60 คะแนน

การปรับค่าคะแนน ข้อ 4 8 12 16 เป็น 3 2 1 0

**การแปลผล** ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

## แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย

ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำ X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย ( $< 1$ วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อย ๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุกๆ สิ่งที่ทำฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่เคยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				
	<b>รวมคะแนน</b>			

## ภาคผนวก ข.

### แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก

(Children's Depression Inventory: CDI) ฉบับภาษาไทย

**ผู้พัฒนา** ศ.พญ. อูมาพร ตรังคสมบัติ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ปีที่พัฒนา** พ.ศ. 2539

**กลุ่มเป้าหมาย** เด็ก

**วิธีการใช้** เครื่องมือประกอบด้วยข้อความ 27 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของอาการ

**การให้คะแนน** คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 – 54 คะแนน

การให้คะแนนและการแปลผลแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

ข้อ	1	3	4	6	9	12	14	17	19	20	22	23	26	27
-----	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ก. ให้ 0 คะแนน

ข. ให้ 1 คะแนน

ค. ให้ 2 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

ข้อ	2	5	7	8	10	11	13	15	16	18	21	24	25
-----	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ก. ให้ 2 คะแนน

ข. ให้ 1 คะแนน

ค. ให้ 0 คะแนน

**การแปลผล** ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

## แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ฉบับภาษาไทย

เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกา ✓ ลงใน

- |   |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันรู้สึกเศร้ามานานๆ ครั้ง                         | 9  | <input type="checkbox"/> ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย                               |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง                            |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น        |
|   | <input type="checkbox"/> ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา                             |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย                                |
| 2 | <input type="checkbox"/> ก. อะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด                         | 10 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน                         |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นด้วยดี               |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง                      |
|   | <input type="checkbox"/> ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน                  |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง                    |
| 3 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี                           | 11 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา                        |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง                              |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง                       |
|   | <input type="checkbox"/> ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด                              |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนานๆ ที                         |
| 4 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง                  | 12 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น                                |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง               |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น                         |
|   | <input type="checkbox"/> ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน                      |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย                         |
| 5 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ                                  | 13 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง            |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง                             |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ลำบาก                    |
|   | <input type="checkbox"/> ค. ฉันทำตัวไม่ดีนาน ๆ ที                              |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ง่าย                     |
| 6 | <input type="checkbox"/> ก. นานๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน | 14 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี                                  |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน              |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี                           |
|   | <input type="checkbox"/> ค. จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ              |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด                           |
| 7 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันเกลียดตัวเอง                                    | 15 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน   |
|   | <input type="checkbox"/> ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง                                    |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำกรบ้าน |
|   | <input type="checkbox"/> ค. ฉันชอบตัวเอง                                       |    | <input type="checkbox"/> ค. การทำกรบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน                |
| 8 | <input type="checkbox"/> ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน     | 16 | <input type="checkbox"/> ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน                                |
|   | <input type="checkbox"/> ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน    |    | <input type="checkbox"/> ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน                               |
|   | <input type="checkbox"/> ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน       |    | <input type="checkbox"/> ค. ฉันนอนหลับสบาย                                     |

- 17  ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆ ครั้ง  
 ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง  
 ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- 18  ก. มีหลายวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร  
 ข. มีบางวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร  
 ค. ฉันกินอาหารได้ดี
- 19  ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย  
 ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง  
 ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
- 20  ก. ฉันไม่รู้สึกเหงา  
 ข. ฉันรู้สึกเหงาบ่อยครั้ง  
 ค. ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา
- 21  ก. ฉันรู้สึกไม่สนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน  
 ข. ฉันรู้สึกสนุกนาน ๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน  
 ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
- 22  ก. ฉันมีเพื่อนมาก  
 ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้  
 ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
- 23  ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี  
 ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน  
 ค. การเรียนของฉันแย่มาก
- 24  ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น  
 ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม  
 ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้วในขณะนี้
- 25  ก. ไม่มีใครรักฉันจริง  
 ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า  
 ค. ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครรักฉัน
- 26  ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ  
 ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง  
 ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
- 27  ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี  
 ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง  
 ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

## ภาคผนวก ค.

### แบบประเมิน Thai version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

<b>ผู้พัฒนา</b>	ศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
<b>ปีที่พัฒนา</b>	พ.ศ. 2550
<b>ที่มา</b>	พัฒนามาจาก Patient Health Questionnaire (PHQ-9) <sup>1</sup>
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	อายุ 18 ปีขึ้นไป
<b>วิธีการใช้</b>	เครื่องมือประกอบด้วยข้อความ 9 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรง มี 4 ระดับ คือ ไม่เลย 0 คะแนน มีบางวัน ไม่บ่อย 1 คะแนน มีค่อนข้างบ่อย 2 คะแนน มีเกือบทุกวัน 3 คะแนน คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน
<b>การแปลผล</b>	หากได้คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป

<sup>1</sup> Richardson LP, McCauley E, Grossman, DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for Detecting Major Depression among Adolescents. Pediatrics 2010;126(6):1117–1123. doi:10.1542/peds.2010-0852.



## แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9

ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

	ไม่เคย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบทุก วัน
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงดี				

ถ้าท่านตอบว่ามีอาการไม่ว่าข้อใดก็ตามอาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้อื่นหรือไม่

ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาบ้าง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด

## ภาคผนวก ง.

### แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ผู้พัฒนา กรมสุขภาพจิต

ปีที่พัฒนา พ.ศ. 2552

กลุ่มเป้าหมาย อายุ 18 ปีขึ้นไป

วิธีการใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเล็อกเกี่ยวกับความรุนแรง มี 4 ระดับ คือ

ไม่มีเลย	0 คะแนน
เป็นบางวัน 1-7 วัน	1 คะแนน
เป็นบ่อย > 7 วัน	2 คะแนน
เป็นทุกวัน	3 คะแนน

#### การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 - 18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
> 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

หมายเหตุ: คะแนน 9Q  $\geq$  7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาม ด้วย 8Q (ภาคผนวก ช)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่า ถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
<b>คะแนนรวมทั้งหมด</b>				

## ภาคผนวก จ.

### การประเมินทางจิตสังคมในวัยรุ่น (HEADSSS Assessment)

การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมในวัยรุ่นมีความสำคัญ เพราะทำให้แพทย์ได้รู้จักวัยรุ่นในด้านอื่นๆ ซึ่งประวัติที่ได้อาจทำให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ถึงแม้ว่าวัยรุ่นอาจมาด้วยปัญหาทางกาย แต่ควรมีการประเมินด้านจิตสังคมในวัยรุ่นทุกรายที่มาพบแพทย์<sup>1-3</sup> เพราะจะทำให้สามารถทราบถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่างๆ รวมถึงจุดแข็งของวัยรุ่น โดยการประเมินจิตสังคมในวัยรุ่นใช้ HEADSSS(S) assessment ซึ่งมีตัวอย่างและตัวอย่างคำถาม ดังต่อไปนี้ 4-5

หัวข้อ		ตัวอย่างคำถาม
Home	ครอบครัว บ้าน ชุมชนสิ่งแวดล้อม	บ้านอยู่แถวไหน อยู่กับใครบ้าง อาชีพของผู้ปกครองสนิทกับใครในบ้าน เวลามีปัญหาปรึกษาใคร ชุมชนแถวบ้านเป็นอย่างไร
Education/ Employment	การศึกษาการประกอบอาชีพ	เรียนชั้นอะไร ผลการเรียนเป็นอย่างไร ผลการเรียนที่ผ่านมา พอใจกับผลการเรียนหรือไม่ วิชาที่ชอบอาชีพที่อยากทำในอนาคต เพื่อนสนิท ปัญหาที่โรงเรียน
Eating	พฤติกรรมการกิน	อาหารที่รับประทาน ปริมาณ มื้อต่อวัน อาหารขยะ (junk food) น้ำหวาน น้ำอัดลม ความพึงพอใจหรือความกังวลในเรื่องน้ำหนักตัวรูปลักษณ์ตนเอง
Activities	กิจกรรมยามว่าง งานอดิเรก	กิจกรรมที่ชอบทำ การออกกำลังกาย งานอดิเรก เวลาที่ใช้ไปกับ ทีวีสื่อเทคโนโลยี (screen time)
Drugs	การใช้สารเสพติด	มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือใช้สารเสพติด เคยทดลองบ้างไหม อายุที่เริ่ม ระยะเวลา ปริมาณ ความถี่ เคยพยายามเลิกหรือไม่ ทักษะการปฏิเสธ
Sex	เรื่องเพศ	มีแฟน/คนรักประวัติเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัย การวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ ประวัติการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรักษา

หัวข้อ		ตัวอย่างคำถาม
Suicide	ปัญหาทางอารมณ์	อารมณ์โดยทั่วไปเคยรู้สึกเบื่อหน่าย/เศร้า เคยรู้สึกแ่จนมีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ เคยวางแผนหรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ อย่างไร คะแนนความสุขในชีวิต อะไรที่ทำให้ชีวิตมี/ไม่มีความสุข
Safety	ความปลอดภัย	การซ่อนทำยรถมอเตอร์ไซด์ การสวมหมวกกันน็อค การคาดเข็มขัดนิรภัย การพกพาอาวุธ การทะเลาะวิวาท ความรู้สึกปลอดภัยเวลาอยู่ที่โรงเรียน บ้าน หรือในชุมชน
Strengths	จุดแข็ง ข้อดีของตนเอง	สิ่งที่ชื่นชมตนเอง สิ่งที่ภาคภูมิใจ

### เอกสารอ้างอิง

1. Ehrman WG, Matson SC. Approach to assessing adolescents on serious or sensitive issues. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:189–204.
2. Elster AB, Kuznets NJ. AMA guidelines for adolescent preventive services (GAPS): recommendations and rationale. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
3. Levenberg PB, Elster AB. Guidelines for adolescent preventive services (GAPS): implementation and resource manual. Chicago: American Medical Association; 1995.
4. จิราภรณ์ อรุณากร. การซักประวัติและการสัมภาษณ์วัยรุ่นในคลินิก. ใน: รสวันต์ อารีมิตร, สุภิญญา อินอิ้ว, บุญยั้ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์;2559.หน้า 61–71.
5. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescents heads: an essential update. *Contemp Pediatr*2004;21:64.

## ภาคผนวก ฉ.

### แนวทางการสัมภาษณ์วัยรุ่น และสถานที่ให้บริการสุขภาพวัยรุ่น

โดย พญ. จิราภรณ์ อรุณากูร

#### การสื่อสารกับวัยรุ่นในคลินิก

##### 1. ลำดับการเริ่มบทสนทนา

ในการพบกันครั้งแรกระหว่างแพทย์ วัยรุ่น และผู้ปกครอง ลำดับของการเริ่มบทสนทนามีความสำคัญ สามารถทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทหรือปัญหาที่มา<sup>1</sup>

**1.1. การแยกคุยกับผู้ปกครองก่อนวัยรุ่น** เหมาะกับปัญหาที่ผู้ปกครองเป็นกังวลหรือมีความซับซ้อนมาก แพทย์อาจทักทายวัยรุ่นพร้อมผู้ปกครองในเบื้องต้นถึงปัญหาที่พามา จากนั้นจึงบอกถึงลำดับการพูดคุย แล้วจึงขอแยกสัมภาษณ์ผู้ปกครองก่อน เพื่อให้ผู้ปกครองให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด ซึ่งบางเรื่องอาจไม่สามารถพูดต่อหน้าวัยรุ่นได้ จากนั้นจึงขอพบวัยรุ่นเป็นการส่วนตัว หลังจากพูดคุยกับวัยรุ่นแล้ว วัยรุ่นควรได้รับอนุญาตให้อยู่ในห้องจนจบการพบแพทย์ เพื่อไม่ให้วัยรุ่นเกิดความระแวงว่าแพทย์จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นส่วนตัว

การพบผู้ปกครองก่อนควรทำกรณีจำเป็น เนื่องจากอาจทำให้วัยรุ่นรู้สึกที่แพทย์ฟังข้อมูลจากผู้ปกครองก่อน เกิดความไม่ไว้วางใจหรือไม่สนิทใจกับแพทย์ ซึ่งทำให้ได้รับความร่วมมือจากวัยรุ่นน้อย

**1.2. การพบผู้ปกครองพร้อมกันกับวัยรุ่น** เป็นวิธีที่ดี เพราะอาจสังเกตเห็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (family dynamic) จากปฏิกริยาต่างๆ ที่แสดงออกระหว่างสนทนา โดยแพทย์จะพบกับวัยรุ่นและผู้ปกครองพร้อมกันเพื่อทราบถึงปัญหาเบื้องต้น วัยรุ่นรับทราบถึงข้อมูลหรือความกังวลใจของผู้ปกครองไปพร้อมกันกับแพทย์ เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้นจึงขอแยกสัมภาษณ์วัยรุ่นเป็นการส่วนตัว

**1.3. การพบกับวัยรุ่นโดยลำพัง** สามารถสร้างความไว้วางใจต่อแพทย์ได้ดี แต่อาจทำให้ไม่ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงหรือข้อมูลทั้งหมด รูปแบบนี้เหมาะกับวัยรุ่นตอนปลายที่กำลังจะเข้าสู่ผู้ใหญ่หรือเป็นปัญหาที่วัยรุ่นอยากปรึกษากับแพทย์โดยตรงและผู้ปกครองรับทราบอยู่แล้วหรือแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการประเมินด้านสภาพจิตของวัยรุ่น

## 2. การแยกสัมภาษณ์และการรักษาข้อมูลส่วนตัวของวัยรุ่น

การรักษาข้อมูลส่วนตัว เป็นข้อตกลงระหว่างแพทย์กับวัยรุ่น ว่าสิ่งที่พูดคุยกันในการสัมภาษณ์ จะไม่ถูกนำไปเปิดเผยกับผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการในการดูแลสุขภาพวัยรุ่น<sup>1,6</sup> แพทย์ควรบอกให้ทั้งวัยรุ่นและผู้ปกครองทราบถึงการสัมภาษณ์ที่มีการรักษาข้อมูลส่วนตัว ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นมีพื้นที่ส่วนตัวในการคุยกับแพทย์ สร้างความไว้วางใจ นำมาถึงการได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ<sup>7</sup> นำไปสู่การแก้ไขปัญหา การให้ความร่วมมือ และกระบวนการช่วยเหลือในที่สุด นอกจากนี้ การให้บริการแบบมีการรักษาข้อมูลส่วนตัว ยังทำให้วัยรุ่นตัดสินใจเข้ารับบริการมากขึ้น สะดวกใจในการเข้ารับบริการมากขึ้น<sup>8</sup> อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรบอกกับวัยรุ่นถึงข้อจำกัดของการรักษาข้อมูลส่วนตัว ซึ่งได้แก่ภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือมีผลกับความปลอดภัยของตัววัยรุ่นเอง เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีคนทำร้าย หรืออยากทำร้ายผู้อื่น ซึ่งแพทย์ต้องแจ้งกับวัยรุ่นว่า ภาวะดังกล่าวมีความจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือ

นอกจากนี้ วัยรุ่นทุกรายที่มารับบริการควรมีเวลาที่จะได้พูดคุยกับแพทย์เป็นการส่วนตัว แยกจากผู้ปกครอง โดยแพทย์สามารถบอกวัยรุ่นและผู้ปกครองได้โดยตรง โดยพูดถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะมีการแยกสัมภาษณ์เป็นการส่วนตัว

## 3. เทคนิคการสัมภาษณ์และพูดคุยกับวัยรุ่น<sup>5</sup>

**3.1. สร้างความคุ้นเคย** แพทย์ควรเริ่มบทสนทนาโดยการแนะนำตนเอง จากนั้นสร้างความคุ้นเคยโดยการคุยในเรื่องทั่วไป เช่น ถามถึงโรงเรียน เพื่อน งานอดิเรกที่ชอบ แพทย์ควรปล่อยให้วัยรุ่นได้พูดหรือแสดงความคิดเห็น รับฟังและปฏิบัติกับวัยรุ่นเหมือนเป็นผู้ใหญ่ ใช้สรรพนามเรียกชื่อที่เหมาะสม หรือที่วัยรุ่นต้องการ วัยรุ่นบางคนอาจแสดงความไม่พอใจที่ต้องมาพบแพทย์ แพทย์ควรแสดงความเข้าใจและให้เวลากับวัยรุ่น รวมถึงแสดงความใส่ใจถึงปัญหาที่วัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งอาจไม่ใช่ปัญหาเดียวกันกับผู้ปกครองพามา

**3.2. หลีกเลี่ยงการตัดสินถูก-ผิด** ผู้ให้บริการด้านสุขภาพวัยรุ่นควรระลึกไว้เสมอว่า วัยรุ่นแต่ละคนมีข้อจำกัดในชีวิตที่แตกต่างกัน การตัดสินถูก-ผิดไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ กลับทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน ควรใช้เทคนิคการรับฟัง พยายามเข้าใจวิถีคิด การแก้ไขปัญหา และอย่าพยายามแสดงบทบาทเหมือนพ่อแม่ เช่น คอยว่ากล่าว ตักเตือน

**3.3. แสดงบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ** มากกว่าจะเป็นผู้แก้ปัญหา พยายามเน้นจุดแข็งหรือข้อดีของวัยรุ่นที่มารับคำปรึกษา มากกว่าหาข้อบกพร่องแล้วตำหนิติเตียน

**3.4. เป็นผู้ฟังที่ดี** การที่แพทย์และบุคลากรทางแพทย์เป็นผู้ฟังที่ดีสามารถทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างวัยรุ่นกับแพทย์ การฟังที่ดีสามารถแสดงออกด้วยภาษากาย (เช่น มองหน้าสบตา พยักหน้า) หรือภาษาพูด (เช่น การทวนข้อความ การสะท้อนความรู้สึก) แพทย์ควรแสดงถึงความตั้งใจในการรับฟังไม่ควรพูดสอดแทรกขณะที่วัยรุ่นกำลังพูด

**3.5. ใช้คำถามปลายเปิด** แพทย์ควรพยายามใช้คำถามปลายเปิด คำถามคำถามกว้างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้เล่า แสดงความคิดเห็นหรือแสดงความรู้สึกได้เต็มที่

**3.6. สร้างความรับผิดชอบ** แพทย์ควรสร้างความตระหนักกับวัยรุ่น ว่าวัยรุ่นจะเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการตัดสินใจ และเป็นผู้รับผิดชอบต่อการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตัวเอง

**3.7. พยายามจัดบันทึกเฉพาะที่จำเป็น** การจดบันทึกไปด้วยขณะซักประวัติอาจทำให้แพทย์ไม่สามารถเป็นผู้ฟังที่ดี และการบันทึกอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความกังวลควรจดบันทึกเท่าที่จำเป็นขณะสนทนา

**3.8. มีบทสรุปของบทสนทนา** ควรกล่าวสรุปโดยย่อเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน รวมถึงการวางแผนการรักษาและการนัดหมายในครั้งต่อไป

**3.9. ให้ความสำคัญและหาข้อมูลเพิ่มเติมจากครอบครัว** ถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะเป็นศูนย์กลางของการดูแลช่วยเหลือ แพทย์ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวด้วย ไม่ว่าจะเป็น ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตของวัยรุ่น ประวัติความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการแก้ปัญหาของวัยรุ่น ทักษะการติดต่อการรักษา

#### แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพวัยรุ่น<sup>4,5</sup>

1. ควรมีความเป็นส่วนตัว เป็นห้องที่มิดชิด ไม่มีคนเดินผ่านไปมา
2. ถ้าเป็นไปได้ ไม่ควรให้การนั่งรอของวัยรุ่นปะปนกับที่นั่งรอตรวจของเด็กเล็ก การแยกที่นั่งรอตรวจของวัยรุ่นจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเป็นส่วนตัวมากขึ้น อาจใช้วิธีการแบ่งช่วงเวลาของการตรวจ
3. การจัดโต๊ะตรวจ แพทย์ควรนั่งอยู่ด้านข้างของวัยรุ่น ไม่นั่งเผชิญหน้า
4. ควรมีระบบนัดตามเวลา เพื่อไม่ให้วัยรุ่นต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์นานเกินไป
5. การมีคลินิกเป็นช่วงนอกเวลาราชการ จะช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการได้มากขึ้นโดยไม่ต้องขาดเรียน
6. โดยทั่วไปแนะนำให้มีความถี่ในการพูดคุยกับวัยรุ่นและครอบครัวในนัดครั้งแรกประมาณ 1 ชั่วโมง
7. การให้บริการควรเป็นแบบ one stop service หรือมีขั้นตอนน้อยที่สุด เพื่อความสะดวกในการรับบริการ
8. หลีกเลี่ยงการใช้โทรศัพท์ในห้องหรือมีสิ่งรบกวนการสนทนา
9. การรักษาข้อมูลส่วนตัวของวัยรุ่น (confidentiality) เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจผู้ให้บริการ และให้ความร่วมมือในการรักษา

#### เอกสารอ้างอิง

1. MacKenzie RG. Approach to the adolescent in the clinical setting. Med Clin North Am 1990;74:1085–95.



2. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลสุขภาพเด็กไทย โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2555.[cited 2016April 16]. Available from [http://www.thaipediatrics.org/html/slidedetail\\_news.php?nid=e46de7e1bcaaced9a54f1e9d0d2f800d&head=childtopic](http://www.thaipediatrics.org/html/slidedetail_news.php?nid=e46de7e1bcaaced9a54f1e9d0d2f800d&head=childtopic).
3. Rosen DS, Elster A, Hedberg V, Paperny D. Clinical preventive services for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 1997;21:203–14.
4. Braverman PK, Strasburger VC. Office-based adolescent health care: issues and solutions. Adolesc Med 1997;8:1–14.
5. จิราภรณ์ อรุณาการ. การซักประวัติและการสัมภาษณ์วัยรุ่นในคลินิก. ใน: รสวันต์ อาวีมิตร, สุภิญญา อินอิ้ว, บุญยั้ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์;2559.หน้า 61–71.
6. Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. Curr Opin Pediatr 2009;21:450–6.
7. Ford CA, Millstein SG, Halpern–Felsher BL, Irwin CE Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. JAMA 1997;278:1029–34.
8. Coker TR, Sareen HG, Chung PJ, Kennedy DP, Weidmer BA, Schuster MA. Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: the perspectives of adolescents and parents. J Adolesc Health 2010;47:133–42.
9. Ehrman WG, Matson SC. Approach to assessing adolescents on serious or sensitive issues. Pediatr Clin North Am 1998;45:189–204.
10. Elster AB, Kuznets NJ. AMA guidelines for adolescent preventive services (GAPS): recommendations and rationale. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
11. Levenberg PB, Elster AB. Guidelines for adolescent preventive services (GAPS): implementation and resource manual. Chicago: American Medical Association; 1995.
12. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescents heads: an essential update. Contemp Pediatr 2004;21:64.
13. Owens J, Adolescent Sleep Working G, Committee on Adolescence. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. Pediatrics 2014;134:e921–32.

ภาคผนวก ช.  
แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

ผู้พัฒนา

กรมสุขภาพจิต

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
> 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

\*หมายเหตุ ถ้าคะแนน 8Q  $\geq$  17 ควรส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1.		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายจะดีกว่า	0	1
2.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณรู้สึก ดีขึ้นที่สามารถมองเห็น	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3.		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย		
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ... ท่านสามารถ ควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกได้ใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4.		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5.		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6.		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7.		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8.	ตลอดชีวิตที่ ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
คะแนนรวมทั้งหมด				

## ภาคผนวก ซ.

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น

ผศ. นพ. ภัทร พิทยรัตน์เสถียร

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

คุณไม่ใช่คนเดียวที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างแน่นอน เพราะโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบบ่อยมาก เพียงแต่ว่าคนที่เป็นเขาจะบอกคุณหรือเปล่านั้นแหละว่าเขาซึมเศร้าหรือเปล่า

มนุษย์ทั่วไปอาจมีอาการขึ้นๆ ลงๆ ได้ตามธรรมชาติ โดยเฉพาะวัยรุ่นอย่างคุณที่มีฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงเยอะมาก แต่ “เศร้าตามธรรมชาติ” กับ “โรคซึมเศร้า” นั้นต่างกันที่ว่าโรคซึมเศร้าจะทำให้เกิดอาการเศร้าต่อเนื่องยาวนาน (เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนๆ) และรุนแรงจนเสียหน้าที่ (functions) ในการดำเนินชีวิต เช่นไปเรียนหนังสือไม่ได้ อ่านหนังสือไม่รู้เรื่อง ทำอะไรก็ไม่สนุก

โรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ คุณอาจเผชิญกับปัญหาชีวิตที่รุนแรงหรือต่อเนื่องยาวนาน หรือระดับสารเคมีในสมองของคุณเกิดเสียสมดุล ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้นมา

โรคซึมเศร้าเป็น “โรค” มีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า เช่นสมองบางส่วนทำงานน้อยลงหรือมีขนาดเล็กลง

การที่เราป่วยเป็น “โรค” ไม่ได้แปลว่าเรา “อ่อนแอ” เพราะใครๆ ก็ป่วยได้ เราจึงไม่ควรโทษหรือตำหนิตัวเองที่เราซึมเศร้าเพราะจะยิ่งทำให้เรารู้สึกแย่งและหมดกำลังใจในการรักษา

ในทางตรงกันข้าม เราควรคิดว่า “โรค” มาคุกคามเราทำให้เราย่ำแย่ แต่เราไม่ต้องไปยอมแพ้โรคก็ได้ เราสามารถรวบรวมกำลังใจลุกขึ้นมาสู้กับโรคได้ เพราะวงการแพทย์ค้นพบแล้วว่าโรคซึมเศร้ารักษาได้อย่างแน่นอน

เริ่มต้นด้วยการดูแลตัวเองให้ดี กินให้พอ นอนให้พอ เพราะคนซึมเศ้ามักกินไม่ได้นอนไม่หลับ ทำให้สภาพร่างกายอ่อนเพลีย และอารมณ์จะแย่ตาม

แต่ระวังอย่ากินหรือนอนมากเกินไป เพราะอาจทำให้อารมณ์แย่งได้เช่นเดียวกัน ควรกินนอนพอดีๆ ให้เป็นเวลา

อารมณ์เศร้าจะทำให้ไม่อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากออกไปไหน แต่สุดท้ายถ้าเราทำตาม อารมณ์ก็จะยิ่งเศร้ามากขึ้น คำแนะนำคือให้ฝืนทำกิจกรรมที่ควรทำหรือจำเป็นต้องทำต่อไปแม้จะ ไม่อยากทำ ให้คิดไว้เสมอว่า “ทำตามแผน อย่าทำตามอารมณ์”

นอกจากนี้ถ้าสามารถเพิ่มกิจกรรมให้ active มากยิ่งขึ้นกว่าปกติได้ยิ่งดี เช่น ออกกำลังกาย จัดห้อง เก็บกวาดทำความสะอาดบ้าน กลับไปทำงานอดิเรกที่ตัวเองชอบ การทำตัวให้กระฉับกระเฉงเป็นวิธี ต้านอารมณ์เศร้าที่ดีมากและทำให้หายจากโรคซึมเศร้าได้เร็วขึ้น

การพูดคุยกับคนที่เราไว้วางใจจะช่วยให้คุณได้ระบายความรู้สึก ไม่ต้องเก็บเอาไว้คนเดียว ลองนึกดูว่าคุณ คุยกับใครได้บ้าง อาจจะเป็นคุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง ครูอาจารย์ หรือเพื่อนๆ การพูดคุยจะทำให้เราได้ แบ่งปันความรู้สึกกันได้รู้ว่าไม่ได้มีแต่เราที่ทุกข์อยู่คนเดียว นอกจากนี้คนอื่นอาจมีวิธีแก้ปัญหาต่างๆ ที่เรา นึกไม่ถึงแนะนำให้คุณก็ได้ (อย่าลืมว่าเวลาซึมเศร้าเราจะคิดอะไรไม่ค่อยออกเหมือนตอนปกติ)

ถ้าคุณไม่รู้จะคุยกับใคร ลองนึกถึงบริการทางสุขภาพจิตที่คุณสามารถโทรไปปรึกษาได้ เช่น สายด่วน สุขภาพจิต โทร. 1323 ได้ฟรีตลอด 24 ชั่วโมง

การไปพบจิตแพทย์เพื่อรักษาโรคซึมเศร้าไม่ใช่เรื่องน่าอาย คนเราป่วยกายก็ไปหาหมอตรวจร่างกาย ถ้า จิตใจไม่สบายก็ไปให้จิตแพทย์รักษา การไปพบจิตแพทย์ไม่ได้แปลว่าเป็น “โรคจิต” ความเชื่อนี้เป็น ความเชื่อโบราณที่ควรจะหมดไปได้แล้ว

จิตแพทย์จะรักษาโรคซึมเศร้าอย่างไรบ้าง? อาจจะทำให้คุณ แนะนำการปฏิบัติตัวให้คุณและพ่อแม่ฟัง แล้วนัดมาดูอาการ โรคซึมเศร้าจำนวนมากสามารถหายเองได้เพียงแค่ดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม

จิตแพทย์อาจส่งคุณไปทำจิตบำบัด (psychotherapy) อาจจะมีฟังดูน่ากลัวแต่แท้ที่จริงแล้วการทำ จิตบำบัดก็คือการไปนั่งคุยกันนั่นเอง (talk therapy) การพูดคุยนั้นเพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจตัว คุณเองและหาวิธีจัดการอารมณ์ความรู้สึกในใจของคุณให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาในการ พูดคุยจะถือว่าเป็นความลับ

จิตแพทย์อาจสั่งยาต้านเศร้าให้คุณกิน ยาจะช่วยปรับสารเคมีในสมองของคุณให้กลับสู่สมดุล ควรกิน ยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งและไม่ควรหยุดกินยาเองแม้จะอาการดีขึ้นแล้ว เพราะข้อมูลจากงานวิจัย พบว่าการหยุดกินยาเร็วเกินไปจะทำให้โอกาสกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น

ถ้ากินยาแล้วมีผลข้างเคียงควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาเพราะยามีหลายชนิด ถ้ากินยาแล้วไม่ได้ผล หรือมีผลข้างเคียงมากเกินไปแพทย์อาจปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาให้ตามความเหมาะสม แต่ไม่ควรหยุดกินยาไปเองเฉยๆ

สุดท้ายนี้ไว้เสมอว่า การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ใช่ความผิดของคุณ คุณไม่ได้อยากเป็นโรคนี้ และคุณไม่ได้ทำให้ตัวเองเป็นโรคนี้ แต่คุณสามารถสู้และหายจากโรคได้

## ภาคผนวก ฉ.

### แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต

#### 1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย

- พุดคุย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก จัดเจ้าหน้าที่ดูแลสังเกตอาการต่อเนื่อง สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้ โดยไม่ต้องคอยตามตลอดเพียงแต่ต้องสังเกตเป็นระยะๆ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตราย และรายงานแพทย์และทีมผู้ดูแล

#### 2. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

- พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เสริมความหวังทางด้านบวก และปรับมุมมอง ในการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหาหลายๆ ทาง

- ให้การดูแลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สามารถดูแลรวมไปกับผู้ป่วยอื่นๆ โดยจัดให้อยู่ใกล้ เคาร์เนอร์พยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคม และสิ่งของอันตราย

- มีป้าย precaution ติดไว้ที่หน้า Chart และ Kardex ส่งเวรให้ทราบทั่วกัน และ รายงานแพทย์และทีมผู้ดูแล

#### 3. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

- ให้การดูแลใกล้ชิด จัดเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดหนึ่งต่อหนึ่ง โดยจัดให้อยู่ใกล้ เคาร์เนอร์พยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตราย

- มีป้าย precaution ติดไว้ที่หน้า Chart และ Kardex ส่งเวรให้ทราบทั่วกัน

- รายงานแพทย์และทีมผู้ดูแลทันที

\*\*\*Warning sign suicide พุดคุยถึงการฆ่าตัวตายมีปัญหาการกินหรือการนอนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อย่างชัดเจน แยกตัว เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย ยกสมบัติส่วนตัวให้แก่ผู้อื่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ทำสิ่งที่เสี่ยงภัยโดยไม่จำเป็น เพิ่งมี/เคยมีการสูญเสียที่รุนแรงในชีวิต หมกมุ่น เรื่องความตายและการตาย บ่นอยากตาย ไม่สนใจรูปลักษณ์ภายนอกของตนเอง

\*\*\*กลุ่มโรคทางกายที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง (เอตส์ มะเร็ง SLE ผู้พิการ)



## ภาคผนวก ญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์และประชาพิจารณ์

### รายชื่อผู้วิพากษ์ในการนำเสนอและประชาพิจารณ์

ณ งานประชุมวิชาการชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย

วันที่ 6-8 กุมภาพันธ์ 2560

ศ. พญ. อูมาพร	ตรังคะสมบัติ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
รศ.นพ. ปราโมทย์	สุขนิชย์	โรงพยาบาลรามาศิปดี
รศ.นพ. ศิริไชย	หงส์สงวนศรี	โรงพยาบาลรามาศิปดี
พญ. ศุภรัตน์	เอกอัศวิน	กรมสุขภาพจิต
พญ. วิรัชพัชร	กิตติธระพันธ์	กรมสุขภาพจิต
พญ. ลีรีประภา	พจนะแก้ว	โรงพยาบาลสระบุรี
พญ. แพรว	ไต้ลังคะ	โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
พญ. เบญจพร	ตันติสุติ	โรงพยาบาลมหารมย์
พญ. ปนัดดา	ศรีวิจิต	โรงพยาบาลอุทัยธานี

### รายชื่อผู้วิพากษ์ในการประชุมวิพากษ์ แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ฉบับร่าง

วันที่ 1 มีนาคม 2560

นพ. ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	กรมสุขภาพจิต
นพ. ดุสิต	ลิขนะพิชิตกุล	กรมสุขภาพจิต
นพ. ปทานนท์	ขวัญสนิธ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นพ. สรวิต	พงษ์วัฒนาสุข	โรงพยาบาลนครปฐม
นพ. นครินทร์	ชุนงาม	โรงพยาบาลนครบุรี

### รายชื่อผู้วิพากษ์ในการนำเสนอและประชาพิจารณ์

ณ การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์ วันที่ 28 เมษายน 2560

พญ. สุภิญญา	อินอิ้ว	โรงพยาบาลศิริราช
นพ. ก.กฤษ	วุฒิพันธ์ุ	โรงพยาบาลศิริราช
พญ. ศศิภา	เกียรติศิริกุล	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราช
พญ. ณิชชา	เหลือองอากาศ	โรงพยาบาลรามาศิปดี
นพ. อนันต์นิตย์	วิสุทธิพันธ์ุ	โรงพยาบาลรามาศิปดี
พญ. หฤทัย	กมลภรณ์	โรงพยาบาลรามาศิปดี
พญ. จันทิชาติตา	พฤษยานานนท์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พญ. สุชาดา	ศรีทิพย์วรรณ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พญ. กรแก้ว	ศรีสิทธิเสริอมร	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นพ. เฉลิมชาติ	ศรวิรัชกาญจน์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พญ. ยุพาพิน	จุลโมกษ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พญ. ฤดีวิไล	สามโกเศศ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พญ. ปัจฉิฉัตร	รัตนมงคล	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
พญ. ญัฐิกา	ฉันทศิริวรรณ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ. พรรณราย	อมรรังสรรค์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ. กัลยาณี	อาสนศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ. ภิเชก	ยิ้มแย้ม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ. ศุภกาญจน์	สมิติเมธา	โรงพยาบาลปัตตานี
พญ. ชิตินันท์	ศรีนวลนัด	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
พญ. นิชนันท์	ตันติศิริวิทย์	โรงพยาบาลน่าน
นพ. วิศาลศักดิ์	ปิณฑิรวานิช	โรงพยาบาลสระบุรี
นพ. กรินทร์	ภักดี	โรงพยาบาลลำพูน
พญ. แสงดาว	มยุระสาคร	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
นพ. ยงยุทธ	ชุ่มคำสือ	โรงพยาบาลพะเยา
พญ. ศุภมาส	หริณฑจินดา	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
พญ. วรวรรณ	งามรุ่งนรินทร์	โรงพยาบาลมะการักษ์
พญ. จิตรรา	วงศ์บุญสิน	โรงพยาบาลบางปะกอก 1
พญ. วรณดี	คิดรุ่งเรือง	โรงพยาบาลเปาโล สมุทรปราการ
พญ. ชิตาร์ตน์	พันธ์แก้ว	โรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์
พญ. นันดา	รัตสุข	โรงพยาบาลกาญจนบุรีเมโมเรียล
นพ. วิฑูรย์	อังอภิภัทร	โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ
พญ. กนกวรรณ	จตุรงค์โชค	คลินิก นครสวรรค์
นพ. อนันต์	โลหะพัฒนบำรุง	โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล
พญ. ชุติมา	เหมื่อนเดช	บ. สยามเด็นโซ่
พญ. อรนุช	โพธิ์วิเชียร	โรงพยาบาลเพชรเวช
นพ. ทรงยศ	มยุระสาคร	โรงพยาบาลพญาไท อินเตอร์
นพ. ญัฐฉัญ	ตันติการพานิช	โรงพยาบาลชัยตรุณเวชการ
พญ. สุพิศ	กิจมั่งสา	โรงพยาบาลกรุงเทพ
พญ. นฤนาท	วานิชชินชัย	โรงพยาบาลกลาง
นพ. รุ่งเรือง	ฉิปปัญญาวงศ์	

