

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ที่ศึกษาในประเทศไทย



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

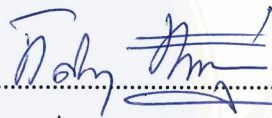
เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ที่ศึกษาในประเทศไทย



นางดวงพร คำชำนาญ

ผู้ศึกษา



อาจารย์ทศนา ทวีคุณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กิติ,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ที่ศึกษาในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2554



นางดวงพร คำชำนาญ
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์เสริมศรี สันตติ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



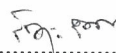
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ทัศน ทวีคุณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



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



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือจาก อาจารย์ ดร.ทัศนาทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลักและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมและกรรมการสอบสารนิพนธ์ผู้ซึ่งให้ความรู้ชี้แนะแนวทางในการทำสารนิพนธ์ ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจ และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะและแนวทางในการแก้ไขสารนิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาในการพัฒนาตนเอง

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวร้องไห้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวร้องไห้และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุทุกท่านที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณนักศึกษารุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ห้องสมุดโรงพยาบาลสวนปรุง ห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล เอกสาร ตำราพร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอบคุณบุคคลในครอบครัวที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

ดวงพร คำชำนาญ

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON DEPRESSION PREVENTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS
STUDYING IN THAILAND

ดวงพร คำชำนาญ 4937007 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (NURSING), พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย โดยใช้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบจากแหล่งข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 20 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถแบ่งตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางปัญญา ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) และการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling) 2) โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมนุษยวิทยา ได้แก่ การให้การปรึกษาแบบภาวะนิยม (Existential Counseling) และการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) 3) โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสตรีวิทยา ได้แก่ การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก และ 4) โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบผสมผสาน ส่วนกลวิธีที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ การสอนให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มย่อย บทบาทสมมุติ เกมส์ การใช้เทปจินตภาพ การวาดภาพ การจดบันทึกความคิด การฝึกทักษะ และการมอบหมายการบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ผลลัพธ์จากการประเมินโปรแกรมยังแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และผลลัพธ์ที่ได้จากห้องปฏิบัติการ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า / วัยรุ่น

239 หน้า

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON DEPRESSION PREVENTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS STUDYING IN THAILAND

DOUNGORN KAMCHAMNAN 4937007 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D.
(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at synthesizing research on depression prevention programs for adolescents studying in Thailand. The research evidence was retrieved from electronic databases and manual search. There were 20 research studies selected for this study. The research on depression prevention programs can be grouped into four types based on the theories that guided program development; 1) program development based on cognitive theory, such as cognitive therapy, cognitive behavior therapy, and rational emotive behavioral counseling, 2) program development based on humanistic theory, such as existential counseling and gestalt counseling, 3) program development based on physiology theory, such as aerobic exercise, and 4) program development based on eclectic theories. The programs included a wide range of strategies for content delivery, such as didactic teaching, small group discussions, role-plays, games, imagery tapes, drawing pictures, writing in a journal, skill training, and homework assignments. In addition, the research outcomes for program evaluation came from two main sources: self-rating questionnaires and lab results. The results from this study can be applied to further prevent depressive symptoms in adolescents.

KEY WORDS: DEPRESSIVE SYMPTOMS / ADOLESCENTS

239 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
วัยรุ่น	
ความหมายของวัยรุ่น	7
การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น	8
พัฒนาการของวัยรุ่น	9
ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในวัยรุ่น	11
ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	14
ความหมายของภาวะซึมเศร้า	14
ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า	15
อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	19
ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	21
การประเมินภาวะซึมเศร้า	23
ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	26
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	27
การป้องกันภาวะซึมเศร้า	33
ทฤษฎีที่ใช้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	34
การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	40
1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูล	40
2. การสังเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	43
บทที่ 4 ผลการศึกษา	47
บทที่ 5 การอภิปรายผล	97
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	106
สรุปผลการศึกษา	106
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	108
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	110
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	122
รายการอ้างอิง	136
ภาคผนวก	150
ประวัติผู้วิจัย	239

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย	45
3.2	แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย	48
4.1	แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	58
4.2	แสดงชื่อเรื่อง/ชนิดการดำเนินกิจกรรม (รายกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม	95

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อในการที่จะก้าวไปสู่การเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวและเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถผ่านพัฒนาการในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพของตนได้ จะเกิดความสับสนในบทบาทของตนเอง ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ปัญหาที่พบได้มากและควรได้รับการช่วยเหลือคือ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่รู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ รู้สึกผิดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมถอยหนี และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (วีระ ชูรุจิพร, 2542; Beck, 1967) ผลการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ค่อนข้างสูง ความชุกมีตั้งแต่ร้อยละ 8-30 ขึ้นอยู่กับวิธีการและประชากรที่ศึกษา (กรมสุขภาพจิต, 2546) และจากผลการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าของคนไทยในการศึกษาระดับชาติ ปี 2551 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนไทยอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไปถึง 1,311,797 คน (ธณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) เมื่อภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2010) จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะมีความชุกและเป็นอันตรายสูง

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน ได้แก่ผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม ด้านผลกระทบต่อวัยรุ่นนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลเสียต่อการพัฒนาการด้านต่างๆ คือ ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และด้านสังคม ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผลการเรียนที่ตกต่ำลงในวัยรุ่น (Frojd et al., 2008) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสภาวะเครียดในชีวิต (Colomba, Santiago, & Rossello,

1999)วัยรุ่นที่ซึมเศร้าบางรายมักมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อสุรา และสูบบุหรี่ (Roberts, Glod, Kim, & Hounchell, 2010) เมื่อภาวะซึมเศร้าถึงระดับที่รุนแรง อาจมีความคิดทำร้ายตนเอง ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (จินทนา เทศวัดนา, 2546; Hallfors et al., 2004) เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแล้ว ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้วจะเป็นผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และโรคซึมเศร้าได้ (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999) ในด้านผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อวัยรุ่นซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเครียด ครอบครัวเกิดภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องสถานภาพของครอบครัวในชุมชน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ กลัวการแบ่งแยกจากบุคคลอื่น และปฏิกิริยาจากสังคม เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Badger, 1996) ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ยังมีผลทำให้ครอบครัวมีความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และยังเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นผลต่อการประกอบอาชีพและการปฏิบัติการอื่นๆ ของสมาชิกในครอบครัว (อรรณพ หนูแก้ว, 2536) ด้านผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้รายงานภาพรวมภาระของโรค (Global burden of disease) โดยกล่าวถึงภาระที่เกิดจากการเป็นโรคซึ่งพิจารณาอัตราการตาย ผลกระทบของการตายก่อนวัยอันควร (premature death) และการสูญเสียความสามารถ (disability) พบว่าโรคทางจิตเวชจัดอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังรายงานสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 10 อันดับแรก โดยโรคซึมเศร้าอยู่ในอันดับที่ 2 ของสาเหตุของการสูญเสียความสามารถ (Murray & Lopez, 1997)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับเพื่อน ซึ่งปัจจัยระดับบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ เพศ โดยเพศที่แตกต่างกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่างกัน เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าและบ่อยกว่าเพศชาย (Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพชนิดย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพชนิดพึงพิง บุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม บุคลิกภาพชนิดหวาดระแวง และผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิดก้าวร้าว (สุชาติ พหลภักย์, 2542; Betts, Gullone, & Allen, 2009; Lue, Wu, & Yen, 2010) นอกจากนี้บุคคลที่มีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดทักษะในการเผชิญกับความเครียดและความโกรธ ไร้ออกกำลังกาย ขอบค่านิดตนเอง บุคลิกภาพที่แยกตนเองออกจากสังคม (มันทนา นทีธาร, 2546; Neiss, Stevenson, Legrand, Iacono, & Sedikides, 2009) และการมีโรคประจำตัว หรือความพิการ ถือเป็นเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่ส่งผล

กระทบทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย การพลัดพราก และการทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกที่ตนเองแตกต่างไปจากบุคคลอื่น จึงเกิดความคิดต่อตนเองในทางลบ อันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ระวีวรรณ คำเงิน, 2545; Hoffmann & Su, 1998) ในด้านปัจจัยระดับครอบครัว จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำ (Najman, Hayatbakhsh, Clavarino, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2010) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีความขัดแย้งในครอบครัว (พรพิมล หล่อตระกูล, พรณนิภา มีรสล้ำ และ ศศกร วิชัย, 2541; Young, Gallop, & Mufson, 2009) ในด้านปัจจัยระดับเพื่อน การที่วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน อาจเป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (จุลจราพร ศรีเพชร, 2544) และการที่โดนเพื่อนแกล้ง พุดจาถ์เลียน ทำให้ได้รับความอับอาย (Gomes, Davis, Baker, & Servonsky, 2009) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

จากผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) เป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่ให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าในทุกคน ไม่ว่าจะเป็นหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ก็ตาม ซึ่งการป้องกันในระดับนี้สามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สังคม ตัวอย่างเช่น โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า (ลลนา ประทุม, 2550) 2) การป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งไปยังวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่ในสถานพินิจ สถานสงเคราะห์ หรือกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ การป้องกันในระดับนี้เน้นที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นด้วยกระบวนการต่างๆ ตัวอย่างโปรแกรมในระดับนี้ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาในเยาวชนหญิงสถานสงเคราะห์ (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) 3) การป้องกันตามข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) เป็นการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วไม่ให้มีอาการมากขึ้น เป็นการผสมผสานระหว่างการบำบัดรักษา (treatment) กับการฟื้นฟู (rehabilitation) ตัวอย่างโปรแกรมในระดับนี้ เช่น โปรแกรมบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการใช้ยาต้านเศร้าร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Asarnow et al., 2005) จะเห็นได้ว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะเห็นได้ว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นออกมาอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่มีหลักฐานการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหา

สุขภาพจิตในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นในโรงเรียนที่รับผิดชอบ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย ในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของแต่ละรูปแบบ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อันจะนำไปประยุกต์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

นิยามศัพท์

วัยรุ่น หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-25 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม และอยู่ในช่วงระหว่างการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปเป็นวัยผู้ใหญ่ จากภาวะที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง (World Health Organization, 2004)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย พฤติกรรม แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หดห้วง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Beck, 1967) ประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในชุมชน CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) หรือใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI-II]) หรือใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory [CDI])

โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น หมายถึง กระบวนการหรือแผนการจัดกิจกรรมโดยใช้การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) เป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในวัยรุ่นทุกคน 2) การป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งไปยังกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3) การป้องกันตามข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) เป็นการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วไม่ให้มีอาการมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะโปรแกรมการป้องกันแบบครอบคลุมและการป้องกันแบบเลือกกลุ่ม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย โดยผู้ศึกษาได้ค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

วัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่น

ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ทฤษฎีที่ใช้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

วัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

คำจำกัดความ คำว่า "วัยรุ่น" มีความหลากหลาย เนื่องจากขึ้นกับความแตกต่างของขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ตลอดจนความแตกต่างทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของวัยรุ่นในแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นไว้ ดังนี้

อีริกสัน (Erikson, 1968 อ้างในเบญจวรรณ กิจวรรดิ, 2552, หน้า28) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า เป็นวัยที่พยายามหาความต้องการที่แท้จริง เรียนรู้บทบาทหน้าที่ และพัฒนาความสามารถเฉพาะตน เพื่อที่จะวางแผนชีวิตต่อไปในอนาคต ซึ่งถ้าประสบความสำเร็จในการค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองก็จะส่งผลให้วัยรุ่นเข้าใจบทบาทหน้าที่ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จักความสามารถของตน รวมทั้งมีการวางแผนชีวิตที่เหมาะสม แต่ถ้าหากล้มเหลวในการค้นหาเอกลักษณ์เฉพาะตนวัยรุ่นก็จะสับสนในบทบาทหน้าที่และมีผลกระทบท่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางร่างกาย ตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศทั้งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ พัฒนาด้านจิตใจ โดยเปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจจากการพึ่งพาครอบครัว มาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง

สมาคมกุมารแพทย์แคนาดา (Canadian Pediatric Society [CPS], 2003) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่จะเริ่มต้นด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสิ้นสุดลงเมื่อได้รับการยอมรับทางด้านพฤติกรรมและมีลักษณะที่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวซึ่งระยะเวลาของช่วงพัฒนาการนี้ อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี

กรมอนามัย (2545) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า เป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในลักษณะที่พร้อมมีเพศสัมพันธ์ได้ มีการพัฒนาทางจิตใจจากความเป็นเด็กสู่ผู้ใหญ่ จากสภาพที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2546) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญยิ่งเพราะมีการเปลี่ยนแปลงอันซับซ้อนและสับสนร่วมกันหลายด้านทั้งในระบบต่างๆของร่างกายรวมทั้งระบบเพศ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม ซึ่งมีจุดเริ่มต้นและการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

สรุป วัยรุ่น คือวัยที่ย่างเข้าสู่วัยหนุ่มสาว ซึ่งวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจริยธรรม มีพัฒนาการจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ที่พร้อมมีเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งวัยนี้เป็นช่วงที่สำคัญเพราะมีการเปลี่ยนแปลงอันซับซ้อนร่วมกันหลายด้านจึงทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวจากการที่ต้องพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้ที่ต้องรับจนสามารถผิชอบและพึ่งพาตนเองได้

1.2 การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นในแต่ละช่วงวัยจะมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบันหรือในแต่ละบุคคล เช่น โทวีและเฟรมมิง (Towey & Fleming, 2003) ได้แบ่งช่วงของวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงคือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) มีอายุระหว่าง 10-14 ปี ซึ่งในช่วงนี้ วัยรุ่นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายโดยเริ่มมีขนขึ้นตามส่วนต่างๆของร่างกาย ค่อมไขมันจะผลิตน้ำมันออกมามากขึ้น เด็กผู้หญิงจะมีเต้านมและสะโพกใหญ่ขึ้นและจะเริ่มมีประจำเดือน เด็กผู้ชายจะเริ่มมีฟันเป็ยกและมีเสียงห้าว ช่วงวัยนี้วัยรุ่นจะกังวลกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และวัยนี้จะมีอารมณ์ไม่มั่นคงเปลี่ยนแปลงง่ายและจะเริ่มสนใจเพศตรงข้าม

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ช่วงนี้เพศหญิงจะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายช้าลงเนื่องจากมีพัฒนาการด้านร่างกายเกือบสมบูรณ์แล้ว สำหรับเพศชายพัฒนาการด้านร่างกายยังมีอย่างต่อเนื่อง ช่วงวัยนี้วัยรุ่นจะยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดที่ลึกซึ้ง (Abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์และหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความรู้สึกแบบเด็กๆ ที่ผูกพันและอยากจะทำพ่อกับแม่

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) มีอายุระหว่าง 20 -24 ปี วัยนี้เพศหญิงจะมีพัฒนาการด้านร่างกายที่สมบูรณ์ เพศชายมีการเจริญเติบโตของน้ำหนั ส่วนสูงและกล้ามเนื้อและขนตามร่างกายอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์ในที่สุดช่วงวัยนี้มีการตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสมและเป็นช่วงเวลาที่จะมีความผูกพันแน่นแฟ้นกับเพื่อนต่างเพศ

สำหรับในประเทศไทย สมภพ เรืองตระกูล (2551) ได้แบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วงเหมือนกันแต่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุ ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) มีอายุระหว่าง 12-14 ปี ในวัยรุ่นตอนต้น การเติบโตเต็มที่ของสมองและการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างมากเด็กหญิงจะมี

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของส่วนสูงและน้ำหนัก ส่วนเด็กชายจะเริ่มเติบโตอย่างรวดเร็วเช่นกันเมื่ออายุมากกว่านั้น 2 ปี วัยนี้อารมณ์ยังไม่คงที่ บางครั้งอาจมีความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียด หรือเศร้าได้และอาจแสดงกริยาก้าวร้าวหรือพฤติกรรมถดถอยและมักมีการลอกเลียนแบบพฤติกรรมของเพื่อน เช่นการแต่งกาย ทรงผม หรือท่าทาง เป็นต้น

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) มีอายุระหว่าง 14-17 ปี ช่วงวัยนี้เริ่มมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เริ่มมีอารมณ์แบบรูปธรรม เกิดทันทีและเป็นไปตามสถานการณ์ มีความกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับตนเอง แสดงความเห็นอกเห็นใจเพื่อน สามารถเข้าใจถึงเหตุผลของการมีอารมณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่นได้

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) มีอายุระหว่าง 17-19 ปี ช่วงวัยนี้เพศหญิงมีพัฒนาการด้านร่างกายอย่างสมบูรณ์ เพศชายจะมีน้ำหนักและส่วนสูงและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพิ่มขึ้นบ้าง ระยะเวลาวัยนี้วัยรุ่นจะมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น เป็นอิสระที่จะไปไหนด้วยตนเอง มีการตัดสินใจอยู่กับความเป็นจริงมากขึ้น และมีอารมณ์ที่มั่นคงขึ้น

จะเห็นได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นในปัจจุบันจะกว้างขึ้น โดยคาบเกี่ยววัยเด็กตอนปลาย (อายุ 10 ปี) จนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 24 ปี)

1.3 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นถือว่าเป็นช่วงหนึ่งของชีวิตที่มีปัญหาที่ซับซ้อน โดยเฉพาะเป็นช่วงของระยะพัฒนาการที่สำคัญในชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในหลายๆ ด้าน ซึ่งการที่จะช่วยให้วัยรุ่นได้เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพต่อไปนั้น จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดจนเข้าใจถึงพัฒนาการต่างๆ ในวัยรุ่น ซึ่งพัฒนาการของวัยรุ่นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ พัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านอารมณ์ พัฒนาการทางสังคม ดังนี้

พัฒนาการทางด้านร่างกาย

ในช่วงวัยรุ่นเด็กผู้หญิงและ เด็กผู้ชายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านโดยเด็กผู้หญิงจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กผู้ชาย โดยจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุ 11-13 ปี ส่วนเด็กผู้ชายจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุ 13-15 ปี (Bruck & Mayer, 2005) ในด้านร่างกายนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง น้ำเสียง ความสูง และน้ำหนัก กล่าวคือ ทั้งสองเพศจะมีความสูงและน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เด็กหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน สะโพกขยายออก เอวคอด หน้าอกโตขึ้น เสียงหวานแหลม มีขนขึ้นที่อวัยวะเพศ ส่วนเด็กชายจะเริ่มมีน้ำอสุจิ มีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เริ่มมีฟันเป็ยก มีหนวดเครา มีขนขึ้นที่อวัยวะเพศ รักแร้ เสียงแตก กล้ามเนื้อแข็งแรง หน้าอกและไหล่กว้างขึ้น (พนม เกตุมาน, 2550) ในระยะวัยรุ่นตอนต้นร่างกายยังไม่ได้สัดส่วน วัยรุ่นจึงดูเก้งก้าง รูปร่างอ้วนโหว่ง

เกี่ยวกับสัดส่วนอวัยวะต่างๆของร่างกาย การสะสมไขมันในร่างกายมีมากกว่าในวัยเด็ก ระบบย่อยอาหารทำงานเร็ว และมากกว่าเดิม เพราะร่างกายกำลังเติบโต เด็กจึงหิวเก่ง รับประทานเก่งและไม่เลือกรับประทาน โดยเฉพาะในเด็กหญิงอาจอ้วนขึ้นกว่าเดิม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

พัฒนาการทางด้านอารมณ์

จากการเปลี่ยนด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ในรูปร่างหน้าตาของตน โดยเฉพาะปัญหาการเกิดสิวที่ใบหน้า จะเพิ่มความวิตกกังวลให้กับวัยรุ่นได้มาก และลักษณะทางอารมณ์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของวัยรุ่น คือ การมีอารมณ์ที่เรียกว่า พายุบุแคม คือ มีความรุนแรงแต่ อ่อนไหวไม่มั่นคง ถ้าต้องการจะทำอะไรก็ต้องทำให้ได้ ถ้าถูกขัดขวางจะตอบโต้อย่างรุนแรง แต่ความต้องการนั้น จะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หันเหไปสู่ความต้องการหรือความสนใจใหม่ ๆ อยู่เสมอ (สุชา จันทร์อม, 2542) วัยนี้มักมีความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียด หรือเศร้าได้ มีความรู้สึกไวต่อคำวิจารณ์ และท่าทีของผู้อื่นและยังเป็นผู้ที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อน จึงมีการลอกเลียนแบบพฤติกรรมต่างของเพื่อนไม่ว่าจะเป็นการแต่งกาย ทรงผม ภาษาหรือท่าทางเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน (กฤษฎา ชลวิริยกุล และนภชา สิงห์วีรธรรม, 2546) และช่วงวัยนี้มักจะละเลยหน้าที่ ที่ทางบ้านมอบหมายให้รับผิดชอบ ทำให้เกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว และมักจะไม่อยากให้ผู้ใหญ่มายุ่ง เกี่ยวกับเรื่องส่วนตัว (สุชา จันทร์อม, 2542) ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับวัยนี้ เนื่องจากเป็นช่วงของการเริ่มต้นพัฒนาเอกลักษณ์ในตนเองจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว (Bruck & Mayer, 2005) และยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ของวัยรุ่นเช่น การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน อิทธิพลจากการเลี้ยงดูในครอบครัว อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เป็นต้น (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539)

พัฒนาการทางสังคม

เมื่อวัยรุ่นพบความแปลกใหม่ในร่างกายของตน ก็จะไม่แน่ใจ จนเกิดความเครียดตามมา วัยรุ่นจะพยายามที่จะปรับตัวให้เหมาะสม จึงหันหน้าเข้าหาผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน คือ เพื่อนรุ่นเดียวกัน ดังนั้นวัยนี้จึงให้ความสำคัญกับเพื่อนในวัยเดียวกัน จะเชื่อเพื่อนมากแต่จะเชื่อพ่อแม่ น้อยลง วัยนี้จึงมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน มีค่านิยม ทัศนคติ ความสามารถ ลักษณะบุคลิกภาพและฐานะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน (Neinstein, 1996) ในวัยนี้ความสัมพันธ์กับพ่อแม่จะเปลี่ยนรูปแบบไป เพราะวัยรุ่นไม่ต้องการให้พ่อแม่บังคับ ควบคุมตนเองอย่างแต่ก่อน แต่ต้องการให้ช่วยคิดช่วยแนะนำและอยากให้พ่อแม่เป็นเพื่อนที่ดีของตน วัยนี้เริ่มมีความคิดเป็นของตัวเอง และต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น วัยนี้จะเริ่มสนใจเพศตรงข้ามและเริ่มให้ความสำคัญต่อบทบาททางเพศของตน การเข้ากลุ่มในวัยนี้นอกจากได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสังคมแล้ว ยังเปิดโอกาสให้วัยรุ่นเข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศมากขึ้น และ

การที่วัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางสังคมได้ด้นั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับในวัยเด็ก ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่จะเตรียมเด็กให้ได้รับประสบการณ์ทางสังคมที่ดี และอบรมเด็กให้เรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะได้อย่างเหมาะสม (นุชลดา โรจนประภาพรรณ, 2541) ตลอดจนมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีการจัดความคิดที่เป็นระบบ ใช้เหตุผลและรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี (Hamburg, 1998)

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต่างๆ เหล่านี้อาจจะทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดได้ และหากวัยรุ่นสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ก็จะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียด ความไม่มั่นใจ รู้สึกด้อยค่าในตนเองซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า

1.4 ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และละเอียดซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ มากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาที่สำคัญที่พบในวัยรุ่น ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ปัญหาการใช้สารเสพติด และปัญหาภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.4.1 พฤติกรรมก้าวร้าว

วัยรุ่นเป็นวัยที่พบความก้าวร้าวรุนแรงได้สูง มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้บ่อยกว่าวัยอื่นๆ จากการที่วัยรุ่นมักจะมีอารมณ์รุนแรง พุ่งพล่าน จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้เมื่อมีความขัดข้องใจ วัยรุ่นที่มีการกระทำเช่นนี้ โดยมากมาจากความโกรธแค้น ประกอบกับในสังคมมีตัวอย่างความรุนแรงก้าวร้าวและการทำลายของให้เห็นบ่อยๆ จากสถิติของกระทรวงยุติธรรมพบว่า เด็กและเยาวชนถูกจับในข้อหาเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงมีอัตราสูงขึ้น คือประมาณ 1 ใน 3 ของการกระทำผิดทั้งหมด จากการสำรวจในนักเรียนมัธยมปลายทั่วประเทศ พบความชุกในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (lifetime prevalence) ของการวิวาทชกต่อย ร้อยละ 31.3 การพกพาอาวุธ ร้อยละ 18.4 และจากการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครพบความชุกของการพบเห็นหรือตกเป็นเหยื่อของพฤติกรรมรุนแรงใน 1 ปีก่อนการสำรวจ (one-year prevalence) ร้อยละ 2.4-31.5 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) และจากข้อมูลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (2550) พบว่าเด็กและเยาวชนอายุ 7-18 ปี ที่ถูกจับกุมและส่งเข้าสถานพินิจเด็กและ

เยาวชนทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2550 มีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 66.71 คือ จาก 30,668 คน ในปี 2540 เป็นจำนวน 51,128 คน ในปี 2550 และเมื่อพิจารณาความผิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความรุนแรงในเยาวชน คือ การกระทำความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ซึ่งได้แก่ การใช้กำลังทำร้ายคนอื่น การทำร้ายคนอื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจ การทำร้ายคนอื่นจนเป็นเหตุให้ได้รับอันตรายสาหัสและการทำร้ายคนอื่นจนถึงแก่ความตาย นอกจากนี้จากการศึกษาของสุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และคณะ (2547) ที่ทำการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา วิทยุจากชุมชนต่างๆ และจากสถานแรกรับชายและหญิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 2,311 คน พบว่าในรอบ 1 เดือนก่อนทำการสำรวจมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.4 พกอาวุธไปโรงเรียน ร้อยละ 8.5 พกอาวุธไปสถานที่อื่นนอกจากโรงเรียน และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.5 เคยอยู่ในเหตุการณ์ทำร้ายร่างกายในสถานที่ทั่วไป ร้อยละ 28.8 เคยอยู่ในเหตุการณ์ทำร้ายร่างกายในโรงเรียน ร้อยละ 13.9 เคยถูกทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธ ร้อยละ 20.7 เคยถูกทำร้ายร่างกายโดยเจตนา และร้อยละ 2.4 เคยถูกข่มขืน

1.4.2 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นโดยธรรมชาติจะทำให้เริ่มสนใจทางเพศตรงข้าม มีความอยากรู้อยากลองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยจากการประชุมองค์การอนามัยโลกปี 2552 ระบุว่า ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี สูงเป็นอันดับหนึ่งของทวีปเอเชีย อัตรา 70 ต่อ 1,000 คน และปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 90-100 ต่อ 1,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (สุริยเดว ทรีปาตี, 2553) และจากการสำรวจข้อมูลสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย โดยสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ปี 2552 พบแม่วัยรุ่นที่คลอดบุตรอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 13.55 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (ขวัญวงศ์ พิกุลทอง, 2553) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควรได้แก่ อิทธิพลของวัฒนธรรมชาติตะวันตก อิทธิพลจากสื่อต่างๆ อิทธิพลจากเพื่อน การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและบิดามารดา การดูแลเอาใจใส่ของบิดามารดา การมีแฟนและคุณลักษณะทางจิตสังคม และยังพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควรอาจนำมาซึ่งการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการขาดโอกาสทางการศึกษา (สังจา ทาโต, 2550) ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นไทย จากการศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 11-19 ปี จากชุมชนในกรุงเทพมหานครและสถานพินิจเด็กของสุวรรณ เรื่องกาญจน เศรษฐ์ และคณะ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 7.1 และเคยตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ร้อยละ 2.1 และที่น่าเป็นห่วงคือ เด็ก ม.1 อายุประมาณ 10-11 ปี มีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 1.8 และทั้งหมดไม่ใช้ถุงยางอนามัย

1.4.3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดต่างๆในวัยรุ่นนั้นมีโอกาสเป็นไปได้มาก เนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในหลายๆด้านทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และทางสังคม ทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวและอาจเลือกใช้สารเสพติดเป็นทางออกในการแก้ปัญหา จากการศึกษาของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด[ป.ป.ส.] (2545) อายุเฉลี่ยของการใช้สารเสพติดครั้งแรกคือ 15 ปี โดยอายุต่ำสุดและสูงสุดที่เริ่มใช้สารเสพติดคือ 6 ปีและ 20 ปี และจากการศึกษาจำนวนผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ในปี พ.ศ. 2547-2549 มีผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด จำนวน 4,446 ราย 7,335 ราย และ 5,538 ราย ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวมีจำนวนวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เข้ารับการรักษาสารเสพติดจำนวน 587 ราย 1,159 ราย และ 1,128 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 13.20 15.80 และ 20.37 ของผู้เข้ารับการรักษาสารเสพติดทั้งหมด (สถาบันธัญญารักษ์, 2549) นอกจากนั้นยังมีการประมาณการเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาสารเสพติดของวัยรุ่นที่มีปัญหาการเสพติด พบว่ามีวัยรุ่นเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา ขณะที่อีกร้อยละ 90 ที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษา (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549)

1.4.4 ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบได้ในวัยรุ่น ทั้งนี้เพราะความชุก และอัตราตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาจิตเวชอื่นๆ โดยในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นจำนวนมากในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาชี้ว่าวัยรุ่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอัตราที่ค่อนข้างสูง ความชุกมีตั้งแต่ร้อยละ 8-30 ขึ้นอยู่กับวิธีการและประชากรที่ศึกษา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) และสำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่า 1 ใน 3 ของประชากรมีภาวะซึมเศร้า (วีระ ชูรุจิพร, 2542) และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ซึ่งสุ่มตัวอย่างในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดกรมสามัญศึกษา อายุระหว่าง 10 ถึง 17 ปี กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,264 ราย พบนักเรียนมีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกจำนวนถึงร้อยละ 40.8 และระดับรุนแรงมีร้อยละ 13.3 และจากการรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) พบว่าวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8-50.9 และยังพบว่าเมื่ออัตราการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 27.36 และ 30.72 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2540 และพ.ศ. 2543 เป็น 35.41 ในปี 2545

จะเห็นได้ว่าช่วงชีวิตของวัยรุ่นนั้นมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และมีปัญหาตามมาหลายอย่างเนื่องจากปัจจุบันวัยรุ่นนอกจากถูกหล่อหลอมด้วยครอบครัวและสถาบันการศึกษาแล้ว ยังถูกหล่อหลอมด้วยค่านิยม วัตถุนิยม และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม จากสภาพปัญหาเศรษฐกิจ

และสังคมในปัจจุบัน ทำให้พ่อ แม่ ผู้ปกครองต้องแข่งขันกันในการดำรงชีพ ไม่ค่อยมีเวลาให้กับลูก ซึ่งทำให้วัยรุ่นขนาดที่ปรึกษาจะถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า มาจากคำว่า Deprivere ซึ่งเป็นภาษาลาติน มีความหมายว่า กดต่ำลง หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (มาโนช ทับมณี, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหมายของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันออกไปตามมุมมอง ความเชื่อ ประสบการณ์และพื้นฐานการศึกษา ดังนี้

เบค (Beck, 1967) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ร่วมกับความคิด การรับรู้ แรงจูงใจ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด เนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ทำให้มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และการแสดงออกโดยดำเนินติดลบและลงโทษตนเอง มีอารมณ์ซึมเศร้า เชื่องซึม มีความคิดในด้านลบประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับโดยอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉื่อยเมย เลือยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2004) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตใจ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ การรับประทานอาหารและการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำ ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ประจำวันของบุคคลนั้น

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย โดยมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง รู้สึกเศร้า ท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นสภาพจิตใจที่เกิดจากการสูญเสีย ทำให้รู้สึกหดหู่หม่นหมอง รู้สึกผิด ไร้ค่าหรือกลัวโทษตำหนิตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวเคมี ประสพการณ์ หรือการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในวัยเด็ก

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ในแง่ลบ มีความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดลง เชื่องช้า

ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันแม้ว่ายังไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีทฤษฎีหลัก 3 ทฤษฎี ที่ใช้ร่วมกันในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคม

1. **ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories)** ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีสารสื่อประสาท (neurochemical theory) และทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal theory)

1.1 **ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory)** ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ ศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คู่แฝด และบุตรบุญธรรม จากการศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ถ้าบิดา มารดา พี่ น้อง ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวเดียวกันก็จะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่า (Stahl, 2000: 6) และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กปกติถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) การศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 66 แต่ถ้าเป็นคู่แฝดจากไข่คนละใบ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 27 (กรมสุขภาพจิต, 2546) และจากการศึกษาของ ดวงใจ กษานติกุล (2542) พบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 70-80 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบร้อยละ 10-25 เนื่องจากฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนส์ที่คล้ายกัน และในการศึกษา

กรอบทฤษฎีที่มีบุตรบุญธรรมที่คัดปจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาที่แท้จริงที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งสองคนมีแนวโน้มในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่าบุตรที่เกิดจากมารดาแท้จริงซึ่งเป็นปกติ (Kapland & Sadock, 2000)

1.2 ทฤษฎีสารสื่อประสาท (neurochemical theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องของระหว่างสารสื่อประสาทในสมองซึ่งได้แก่ Serotonin, Nor-epinephrine, Dopamine, และ gamma-aminobutyric acid (GABA) กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่า สารสื่อประสาทดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546; Kapland & Sadock, 2000) แต่อย่างไรก็ตามนักวิจัยพบว่า สารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ Serotonin และ Nor-epinephrine โดยสารสื่อประสาททั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ที่บริเวณ limbic และ cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเผาผลาญของสาร Monoamine ที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลางดังกล่าว จะทำให้ระดับของ Serotonin และ Nor-epinephrine ต่ำกว่าปกติ ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและหายดีแล้ว ระดับของสารสื่อประสาททั้งสองชนิดก็จะกลับสูงขึ้นอยู่ในระดับปกติเช่นเดิม (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) และภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยมีอยู่จะดีขึ้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการทำงานที่ลดลงกว่าปกติของสารสื่อประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.3 ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องของระหว่างฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งให้ความสำคัญกับฮอร์โมน cortisol และ estrogen กล่าวคือ เมื่อมีความผิดปกติของกลไกการทำงานและหน้าที่ของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของฮอร์โมน cortisol ร้อยละ 40-60 (hypercortisolism) โดยการเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (จำลอง ดิษขณิข และพริ้มเพรา ดิษขณิข, 2546) ตามปกติแล้วฮอร์โมน cortisol จะมีระดับที่สูงในช่วงเวลา 8.00 ถึง 16.00 น. หลังจากนั้นจะลดต่ำลงในเวลากลางคืน แต่พบว่าในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน cortisol จะมีระดับที่สูงขึ้นในช่วงเวลาตอนเย็น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavior theory) และทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned helplessness theory) แต่ละทฤษฎีมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ฟรอยด์ (Freud,

1917 cited in Bush, Rudden & Shapiro, 2004) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคล ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือจินตนาการก็ตาม สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งในขณะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียนั้น จะเกิดอารมณ์เศร้าและเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยมักมีความโกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายในจิตใจแต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจไม่ยอมคบด้วย ส่วนมากจะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลงเล่ห์ทั้งความรักและความเกลียด ซึ่งขัดแย้งกันในคนๆ เดียวกัน และเวลาเดียวกัน ความโกรธและความไม่เป็นมิตรเช่นนี้ จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดี จึงผันความรู้สึกเหล่านี้เข้าหาตัวเอง (introjections) ผลที่ตามมาทำให้บุคคลเกิดการกล่าวโทษตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกผิดและเกิดภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มี ความหมาย ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการพัฒนาและทุกช่วงอายุ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546)

2.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) เบ็ค (Beck, 1967) ทฤษฎีนี้

อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kapland & Sadock, 2000) หรือกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลอาจเกิดจากความเชื่อในทางลบ 3 ลักษณะ สรุปได้ดังนี้คือ ความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Cognitive triad) รูปแบบทางความคิด (Schema) และความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

ความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

(Cognitive triad) ได้แก่ การรับรู้ในทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) โดยบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่ดี ไม่มีคุณค่า เป็นความคิดที่ตนเองสร้างขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นจะโทษว่าเกิดจากความผิดของตัวเอง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การรับรู้ในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) บุคคลรับรู้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในทางลบ มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองโลกในแง่ร้าย ไม่สามารถทนได้ เมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆก็จะแปลสถานการณ์นั้นในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และการรับรู้ในทางลบต่ออนาคต (Negative view of future) บุคคลมีการมองเหตุการณ์ความลำบากใน

ปัจจุบันหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีความยุ่งยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยความเชื่อทางลบทั้ง 3 ประการนี้ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เกิดขึ้นเองควบคุมไม่ได้ และไม่จำเป็นว่าเป็นผลมาจากการคิดโดยตรง

รูปแบบทางความคิด (Schema) เป็นการอธิบายถึงความหมายของรูปแบบทางความคิดที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ายังคงคิดว่าตนเองได้รับความเจ็บปวดหรือล้มเหลว แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ทางบวกเข้ามาในชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากการเลือกสนใจตัวกระตุ้นที่เฉพาะในสถานการณ์นั้น (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) เป็นความคิดที่มีลักษณะเนื้อหาไปในทางลบ ได้แก่ การด่วนสรุปความคิดเห็นโดยมีข้อมูลไม่เพียงพอ การเลือกสนใจประสบการณ์ทางลบ การแปลความเกินความเป็นจริง การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว การมีความคิดเอนเอียงไปในทางที่ไม่เกี่ยวกับตน และการมีความคิดด้านใดด้านหนึ่ง

2.3 ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavior theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากการได้รับแรงเสริมทางบวกที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอจากสิ่งแวดล้อมหรือไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่าย ผิดหวัง เสียใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Matson, 1989) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของแรงเสริม เช่น การมีหรือขาดทักษะทางสังคม อาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ดีขึ้นหรือเลวลง (ดวงใจ กษานติกุล, 2536) โดยทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่จะทำให้ได้รางวัลทันทีลดลง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2549)

2.4 ทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned helplessness theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมได้ หรือเหตุการณ์เลวร้าย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคุณไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รับรู้ว่าคุณเลวร้ายซ้ำๆ กัน ความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลไม่ยอมแก้ไขปัญหา เนื่องจากเกิดการเรียนรู้ว่าคุณไม่สามารถแก้ไขได้ ประกอบกับการขาดแรงเสริมที่เหมาะสม ทำให้บุคคลสูญเสียความภาคภูมิใจและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เชาวนิ ล่องชูผล, 2547; Kaplan & Sadock, 2000)

3. ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม โดยทฤษฎีเน้นว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ในชีวิตที่มีบทบาทในการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียงาน การถูกทำร้าย ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย (วิภาวี เผ่ากันทราร, 2548) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียในคู่สมรส (Sangon, 2001) ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลที่มีความเปราะบางทางจิตใจยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในแง่ลบ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (William, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า สามารถแบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เป็น 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม แม้ว่าในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับทฤษฎีทางชีววิทยา แต่ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม ก็ยังเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวโดยสรุปว่าทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีต่างมีความเกี่ยวข้องกันและสัมพันธ์กันในการอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ในด้านอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น ได้มีผู้กล่าวไว้หลายท่าน โดยกล่าวถึงลักษณะเฉพาะของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ไว้ดังนี้ (Mash & Wolfe, 2002)

1. ด้านอารมณ์ (Mood) มีความรู้สึกหรืออารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตามปกติ และจะคงอยู่เป็นระยะเวลานาน และอาจมีความรู้สึกในลักษณะอื่นๆร่วมด้วย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธง่าย น้อยใจง่าย มีความรู้สึกผิด และรู้สึกละอายใจ เป็นต้น วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเป็นอาการเด่นชัด จึงอาจทำให้ปิดบังอาการของภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ซึ่งตรงกับ วันเพ็ญ บุญประกอบ (2538) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแยกออกจากปัญหาอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งมักพบร่วมกัน วัยรุ่นจะไม่ถูกพาไปพบแพทย์เพราะบอกว่าเศร้า หรือผู้ปกครองคิดว่าซึมเศร้า แต่จะแสดงอาการอื่นๆ ที่แพทย์จะต้องนึกถึงภาวะซึมเศร้า เช่น อาการทางกายแบบปวดศีรษะ ปวดท้อง การเรียนเลวลงเพราะไม่มีสมาธิ อารมณ์หงุดหงิด หรืออารมณ์เสียกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ แยกตัว ไม่ร่าเริงและดูเหมือนหมดเรี่ยวแรง มักมีปัญหาการรับประทานอาหารและการนอนหลับเหมือนผู้ใหญ่ อาจบ่นว่าเบื่อ ไม่มีอะไรน่าสนใจหรือบ่นว่าคนรอบข้าง เช่น ผู้ปกครองไม่รัก ไม่ยุติธรรม อาการเบื่อและไม่รู้สึกสนุกจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ต่างจากการเบื่อแบบธรรมดา แต่บางรายอาจแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าอย่าง

ชัดเจน เช่น เนื้อเยื่อ พุดและทำอะไรช้า (retardation) เบื่ออาหาร ขาดความมั่นใจ มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย

2. ด้านพฤติกรรม (behavior) พบได้หลายแบบต่างๆ กัน เช่น ร้องไห้บ่อยๆ จี้อ่อน เหยยซึมลง ไม่ค่อยพูด ลดความสนใจในสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย มีพฤติกรรมต่อต้าน คือเอาแต่ใจ ทำทางหงอยเหงา งุนงง หงุดหงิด การเรียนเลวลง ชอบเหม่อลอย ก้าวร้าว อยากทำร้ายผู้อื่น ทำลายของ ชอบแยกตัว ทำทางท้อแท้ คิดอยากทำร้ายตนเอง กัดเล็บ ดึงผม หนีโรงเรียน ชอบถอนใจ ไม่อยากโต ขโมยของ ประวัติกินยาเกินขนาด การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมและเพื่อนฝูง ลดลง ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้อาจทำให้วัยรุ่นมองหาทางออกที่ทำให้ตนเองรู้สึกซึมเศร้าลดลงโดยการ หนีไปเสพยา เสพติดหรือแอลกอฮอล์ได้ จากการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล (2545) พบว่า กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า คือ รู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้สิ้นหวัง นอนหลับมาก น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น และใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังมีความคิดอยากตายและนึกถึงวิธีการที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

3. ด้านทัศนคติ (attitude) วัยรุ่นจะรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คิดว่าตนเองมีความบกพร่องและเชื่อว่าผู้อื่นก็จะมองตนเองในลักษณะเดียวกัน มองเรื่องการเรียนว่าเป็นสิ่งที่ยากลำบากเกินกว่าที่ตนเองจะสามารถทำได้ ผลการเรียนตกต่ำ ทำให้มีความวิตกกังวลและหวาดกลัวว่าตนเองจะต้องพบกับความล้มเหลวที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งถ้าหากความคิดนี้มีมากขึ้น อาจทำให้วัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

4. ด้านความคิด (thinking) มีความคิดด้านลบ วัยรุ่นจะมุ่งให้ความสนใจกับตัวเองมากขึ้นและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง จนกระทั่งทำให้ความคิดที่เป็นแบบแผนและมีเหตุผลค่อยๆ ลดลง และเริ่มมองโลกในแง่ร้าย ทำให้ไม่มีสมาธิหรือทำสมาธิได้ยาก ความจำลดลง และมีความยากลำบากในการตัดสินใจ วัยรุ่นมักจะตำหนิตนเองในสิ่งต่างๆ ที่มีผลลัพธ์ออกมาไม่ค่อยดีหรือไม่ประสบความสำเร็จ

5. ด้านร่างกาย (Physical) ที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (Vegetative Sign) อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ อาการหน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการของระบบกล้ามเนื้อและระบบหายใจ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหลายรายจะหมกมุ่นและคิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและมีความท้อแท้ในชีวิต ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2546)

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม นอกจากนี้เขายังแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. ด้านความคิด มีความคิดที่มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง มีความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ลักษณะความคิดที่บิดเบือนแบ่งตามระดับของภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น คิดว่าปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของตัวเอง รู้สึกผิดเกินกว่าเหตุ มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าใส่ วิตกกังวลว่าร่างกายจะผิดปกติทั้งที่ยังไม่มีอาการใดเกิดขึ้น

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีความคิดด้อยคุณค่าในตนเอง เช่น เป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม เป็นคนไม่ดี สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจอะไรไม่ได้ คิดว่าร่างกายผิดปกติ

2. ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย มีความสนใจผู้อื่นลดลง ซึ่งมีการบิดเบือนตามระดับภาวะซึมเศร้าดังนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มียอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้ามักเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ รู้สึกผิดหวังในตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มักมีอาการรุนแรงที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า อดทนตัวเอง เบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มักมีอาการซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก ลึกลับ หวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจในตัวเอง เหนื่อยง่าย แยกตัว มีความต้องการที่จะตาย ซึ่งมีภาวะบิดเบือนตามระดับภาวะซึมเศร้าดังนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลียงหรือผัดผ่อนการทำการกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นให้ทำได้ รู้สึกจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ หลีกเลียงและแยกตัวออกจากสังคม มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำการกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่น ต้องการการดูแลจากผู้อื่นทุกอย่าง รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่

4. ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งลืมรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนเพลียตั้งแต่ตื่นนอน ตอนเช้า เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำการกิจกรรมใดๆ

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำการกิจกรรมใดๆ ได้

จะสังเกตได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย แต่ผู้ปกครองหรือครูอาจสังเกตได้ไม่ชัดเจน เพราะเด็กเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะไม่ได้แสดงว่าเศร้าตรงๆ แต่อาจแสดงด้วยอาการโกรธ ก้าวร้าว เกร หรือพฤติกรรมถดถอยกลับไปเป็นเด็ก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคอยดูแลและสังเกตพฤติกรรมของเด็กอย่างใกล้ชิด ส่วนอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงถึงความแปรปรวนด้านต่างๆ จะมีความรุนแรงมากขึ้นตามระดับของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น

ดังนั้นการที่จะทราบว่าบุคคลใดมีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร ในบางครั้งการสังเกตพฤติกรรมทางความคิดและอารมณ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีวิธีการที่สามารถวัดพฤติกรรมทางความคิดและอารมณ์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลนั้นๆ และเพื่อความแม่นยำในการประเมินภาวะซึมเศร้าจึงต้องอาศัยเครื่องมือในการประเมินร่วมด้วย

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า มีการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีผู้ที่ทำการศึกษา สร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าไว้หลายแบบ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Yonkers & Samson, 2000) พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาใช้ สามารถแบ่งออกได้ เป็น 2 ประเภทดังนี้

1. **แบบประเมินที่เป็นแบบสอบถาม** จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ได้รับความนิยมและนำมาใช้ และได้มีการพัฒนามาเป็นระยะๆ สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้าในชุมชน CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) พัฒนาโดยราดloff (Radloff as cited in Yonkers & Samson, 2000) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดยเป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) ที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกาสร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรม แบบประเมินจะถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (somatic disturbance) ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มประชากรทั่วไป เท่ากับ 0.85 และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้สะดวก ประหยัดเวลาและง่ายต่อการแปลผล แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI-II], First Revision (BDI-IA)) พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck และคณะ (as cited in Yonkers & Samson, 2000) เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) สร้างเพื่อวัดอาการแสดงออก

ทางพฤติกรรมต่างๆ ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ออกแบบให้เป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับในการติดตามการเปลี่ยนแปลง หรือเพื่ออธิบายถึงความเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการบำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยการตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ และในปี 1993 ได้มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยมีคำถามครอบคลุมทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ สามารถใช้ประเมินได้ทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง นอกจากนั้นยังมีค่าความสัมพันธ์ที่สูงเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีความซึมเศร้ารุนแรง แบบประเมินนี้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 ได้มีการปรับปรุงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-I ขึ้นมาใหม่เป็น Depression Inventory-II (BDI-II) โดยได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาของคำถาม และระยะเวลาของอาการซึมเศร้าที่แสดงออกเป็น 2 สัปดาห์ โดยใช้แนวทางตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Beck & Steer, 2005) แบบประเมินนี้สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามเท่าเดิม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ และแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรมที่แตกต่างตามระดับของความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพ ซึ่งมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 63-248 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และศึกษา 9 ครั้งในกลุ่มนักเรียนจำนวน 91-568 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และตรวจสอบความตรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับแบบประเมินแฮมิลตัน เรตติ้ง สเกล (Hamilton Depression Rating Scale) เท่ากับ 0.61 ถึง 0.83 ซึ่งแบบประเมินนี้เหมาะสำหรับที่จะนำไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปจนถึงวัยรุ่น สำหรับประเทศไทยแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ ยังไม่มีผู้ใดนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยและใช้วัดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory [CDI]) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กฉบับภาษาไทยที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ได้แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงมาจาก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับความซึมเศร้าที่พบในเด็กอายุตั้งแต่ 7-17 ปี ซึ่งครอบคลุมอาการซึมเศร้าด้านต่างๆ คือ ด้านความคิด (Cognitive) ด้านอารมณ์ที่แสดงออก (Affective) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) และกลุ่มอาการของพฤติกรรมต่างๆ เป็นต้น เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยหรือน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเศร้าบ่อยๆ

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการเศร้าตลอดเวลา

คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-54 และพบว่าค่าความเที่ยง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของ CDI อยู่ในเกณฑ์ดีโดยมีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) เท่ากับ 0.70 - 0.86 (Kovacs, 1985 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

สำหรับในประเทศไทย อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ได้ศึกษาคุณสมบัติทางสถิติในเด็กไทย พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และพบว่ามี Reliability Coefficient (Alpha) เท่ากับ 0.83 และมีความตรงในการจำแนก (Discriminant Validity) สูง

2. การประเมินที่ได้จากการทดลองทางห้องปฏิบัติการ โดยประเมินจากระดับ cortisol และ epinephrine ในปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะความเครียดของจิตและกาย อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุทธิชัย, 2548) กล่าวว่าการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวกแคเทโคลามีน โดยเฉพาะนอร์อิพิเนฟริน (nor-epinephrine) ที่ตัวรับในสมอง และสัมพันธ์กับระดับของ cortisol ซึ่งเป็นสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับความเครียด จะหลั่งเมื่อสมองได้รับความกดดันและความเครียดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ยับยั้งการส่งข้อมูลของแต่ละเซลล์สมอง ยับยั้งการเจริญเติบโตของสมองและใยประสาท คิดอะไรไม่ออก ยับยั้งเส้นทางความจำทุกๆ ส่วน ทำลายเซลล์สมองและใยประสาท Cortisol สูงทำให้ Hyperactive กังวล สมาธิสั้น ควบคุมไม่ได้ ความสามารถในการเรียนลดลง Cortisol คล้าย Adrenaline ถ้ามีมากจะมีพิษต่อสมองเป็นสารที่เกี่ยวกับการตกใจและการต่อสู้ การตอบสนองต่อความเครียด ถ้ามีมากเกินไปจะมีอันตรายต่อทั้งอารมณ์และร่างกาย สารนี้จะหลั่งเมื่อ

มีความรู้สึกไม่ดี ความเครียด (เรื้อรัง) มีความทุกข์ การมองเห็นคุณค่าตัวเองต่ำ โดนดูต่ำทุกวัน ซึมเศร้า โกรธ เข้มงวดเกินไป วิตกกังวล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะพัฒนาการของวัยรุ่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบมากมาย ถ้ามองในแง่ที่ส่งผลต่อวัยรุ่น ครอบครัว สังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศ สามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ

ผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่น ทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการด้านต่างๆ คือ ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และด้านสังคม เศรษฐกิจ กล่าวคือ ผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาทำให้ผลการเรียนแย่ลง มีพฤติกรรมถอยหนีจากเพื่อน สังคม ความสนใจต่อกิจกรรมที่เคยทำลดลง สภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โกรธ และร้องไห้ มีปัญหาด้านการตัดสินใจ ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มใช้สารเสพติด (Sadock & Sadock, 2000) พังพាកการสูบบุหรี่ มีการใช้กัญชาและโคเคน (Crowley, Macdonal, Whitmore, & Mikulich, 1998) ทำให้ไม่สำเร็จการศึกษา มีปัญหาด้านผู้ชาย ต้องออกจากโรงเรียน มีปัญหาในบทบาททางสังคมเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น การทำงาน การแต่งงาน และบทบาทการเป็นบิดามารดา วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวและเพื่อน เช่น การหย่าร้าง หรือปัญหาในการทำงานในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทำให้เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ มีรายงานว่าร้อยละ 32 ของวัยรุ่นที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะเป็นซ้ำอีกในอีก 2 ปี และมีโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมอื่นๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคทางพฤติกรรม (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) นอกจากนี้ผลกระทบที่สำคัญที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Pataki, 2000; Varcarolis, 2002)

ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อวัยรุ่นซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเครียดเพราะสงสาร ห่วงใย ไม่แน่ใจ ละเอียดใจ นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวเกิดภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องสถานภาพของครอบครัวในชุมชน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ กลัวการแบ่งแยกจากบุคคลอื่น และปฏิกิริยาจากสังคม มีความเจ็บปวดจากคำถามเกี่ยวกับครอบครัวในเรื่องสาเหตุการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Badger, 1996) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นจะทำให้ครอบครัวมีความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว เช่น ความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้มีความสับสนในเรื่องการ

รักษา รวมถึงปัญหาด้านการเงิน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษานาน และยังเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นผลต่อการประกอบอาชีพและการปฏิบัติการกิจอื่นๆ ของสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้รายงานภาพรวมภาระของโรค (Global burden of disease) โดยกล่าวถึงภาระที่เกิดจากการเป็นโรคซึ่งพิจารณาอัตราการตาย ผลกระทบของการตายก่อนวัยอันควร (premature death) และการสูญเสียความสามารถ (disability) พบว่าโรคทางจิตเวชจัดอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรค ทางกาย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังรายงานสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 10 อันดับแรก โดยโรคซึมเศร้าอยู่ในอันดับที่ 2 ของสาเหตุของการสูญเสียความสามารถ (Murray & Lopez, 1996)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การเกิดภาวะซึมเศร้าจะพบได้มากหรือน้อยในแต่ละบุคคลนั้นจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไว้หลายท่าน ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่เกิดจากภายในตนเอง และจากสิ่งแวดล้อม พอสรุปได้ดังนี้

1. ระดับบุคคล

เพศ จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหลายการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่างกัน เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าและบ่อยกว่าเพศชาย (Brage, 1995; ดวงใจ กษานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และเมื่อถึงอายุประมาณ 16 ปีวัยรุ่นหญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้บ่อยกว่าวัยรุ่นชายในอัตราส่วน 2:1 (Weaar & Kerig, 2000; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) จากการศึกษาของ ออลกู๊ด-เมอเทน, ลีวินสัน, และ ฮอบ (Allgood-Merten, Lewinsohn & Hops, 1990) พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แนนซี, บอนนี, และ อีริน (Nancy, Bonnine & Erin, 2004) ที่ศึกษาระยะยาวตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 ถึง 1998 ในเด็กวัยรุ่น 1,322 คน พบว่าเด็กวัยรุ่นเพศหญิงมีความทุกข์และอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และพบว่าในเด็กวัยรุ่นเพศหญิงที่มีจำนวนของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมน้อยและการเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

นอกจากนี้ในการศึกษาติดตามระยะยาว 8 ปี ของ คัทเชอร์ และคณะ (Kutcher et al., 2004) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นเพศหญิง จำนวน 83 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 43 คน (มารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า) และกลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว 40 คน พบว่าการเริ่มมีประจำเดือน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพศหญิงกลุ่มที่มีมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ บาว และคณะ (Bao et al., 2004) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในหญิงปกติและหญิงที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าขณะมีประจำเดือน โดยได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเศร้า พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านเศร้า มีจังหวะการหลั่งฮอร์โมนเพศอยู่ในระดับสูงสุด และมีช่วงเวลากว้างกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anold & Rutter as cited in Wear & Kerig (2000) พบว่าความแตกต่างในอัตราส่วนของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงและเพศชายนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศเมื่อเข้าสู่วัยแรกรุ่น (puberty) เพศหญิงจะแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย ตลอดจนมีปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด (stressors) ที่มากกว่า (Wear & Kerig, 2000) แต่ในการศึกษาของ กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปิพิญา แสงเอื้ออังกูร และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการคิดฆ่าตัวตายและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย พบว่าเพศชาย (15.2 %) จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (11.4%) จากการศึกษาของมัทธนา นทีธาร (2546) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนมัธยมสังกัดกรมสามัญศึกษา จำนวน 4 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 2:1

อายุ จากการศึกษาพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยการศึกษาทางชีววิทยาพบว่า ระดับโมโนเอมีนออกซิเดส (Monoamine Oxidase) เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเอนไซม์โมโนเอมีนจะทำหน้าที่ขจัดนอร์อิพิเนพรีน (Norepineprine) โดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) บริเวณ Synaptic Cleft ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ดังเช่น จากรายงานการศึกษาวัยที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะพบมากกว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี (Pataki, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าในเพศชายจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุ (Townsend, 1999)

บุคลิกภาพ ทุกคนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าถ้าความเครียดมีความรุนแรงพอสมควรแต่บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่าง ได้แก่ บุคลิกภาพชนิดย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพชนิดพึ่งพิง บุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม บุคลิกภาพชนิดหวาดระแวง และผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิดก้าวร้าว (สุชาติ

พหลภาคย์, 2542) นอกจากนี้บุคคลที่มีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดทักษะในการเผชิญกับความเครียดและความโกรธ ivoต่อความรู้สึก ชอบตำหนิตนเอง บุคลิกภาพที่แยกตนเองออกจากสังคม (Lewis & Grainger, 1989) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถ ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความรู้สึกว่าคุณค่าไม่ดี คิดว่าตนเองผิด ไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดโครงสร้างความคิดบิดเบือนไปในทางลบ เมื่อประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ก่อให้เกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดตามมา มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Beck et al., 1979)

จากการศึกษาของ สเตนเบิร์ก (Steinberg, 1999) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทาคาคูระ และ วากิฮาร่า (Takakura & Sakihara, 2001) ในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 3,202 คน อายุ 15-18 ปี พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ทำนองเดียวกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ของมันทนา นทีธาร (2546) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ร้อยละ 49.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สุวังกูตร (2544) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองร่วมกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ร้อยละ 47.1 นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับตัวเองในทางลบ มีความรู้สึกไร้ค่า ไม่นั่นคง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง (ปรีชา สุวังกูตร, 2544; มันทนา นทีธาร, 2546)

ภาวะความเจ็บป่วยหรือความพิการ การมีโรคประจำตัว หรือความพิการ ถือเป็นเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย การพลัดพราก และการทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกว่าคุณค่าแตกต่างไปจากบุคคลอื่น จึงเกิดความคิดต่อตนเองในทางลบ อันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ จากการศึกษาของ ระวีวรรณ คำเงิน (2545) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าร้อยละ 40 ของเด็กซึ่งกำลังอยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรงร้อยละ 13.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าเด็กรับรู้ว่าการเป็นโรค เป็นสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตต่อตนเองอย่างมาก ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล คุปต์นิริศชัยกุล (2540) ที่ศึกษาเรื่องความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยพิการไทย ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูและเด็กผู้ป่วยบาดเจ็บที่เกี่ยวกับไขสันหลังของภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.7 และจากการศึกษาของ เบญจพร ปัญญายง และ ตติยา ทุมเสน (2545) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กพิการทางการมองเห็น อายุ 12-17 ปี ในโรงเรียนสอนคนตาบอดในภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร ที่สามารถอ่านอักษรเบลล์ได้จำนวนทั้งหมด 215 คน พบว่า เด็กพิการทางการมองเห็นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.2

ความเครียดจากการเรียน วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นวัยที่อยู่ในช่วงเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อของการเตรียมตัวเข้าสู่รูปแบบการศึกษาที่สำคัญในการเลือกประกอบอาชีพ สภาพการณ์ที่มีผลทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมักเกิดจากการแข่งขันกันในการศึกษา โดยเฉพาะในช่วงเวลาการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย และยังถูกคาดหวังจากครอบครัวให้ต้องสอบผ่านการคัดเลือก หรือถูกบังคับให้เลือกเรียนในสาขาที่ไม่ชอบไม่มั่นใจ ยิ่งเพิ่มระดับความเครียดให้วัยรุ่นมากขึ้น จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า ความเครียดจากการสอบไล่เลื่อนชั้น โดยเฉพาะการสอบเข้ามหาวิทยาลัยซึ่งมีการแข่งขันสูงเป็นเหตุหนึ่งที่น่ามาซึ่งปัญหาทางอารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรมในกลุ่มนักเรียนที่มีข้อผูกมัดกับผลสัมฤทธิ์ในการเรียนสูงและนักเรียนที่กำลังจะเข้าสู่รั้วมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัย (อรุณี เกสรอุบล, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าโรงเรียนบางแห่งอาจเน้นผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูง ทำให้วัยรุ่นต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเรียนให้ทันเพื่อน (กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งปัจจุบันจะพบว่าวัยรุ่นได้มีการเรียนพิเศษหลังเลิกเรียนและวันหยุดเสาร์อาทิตย์ ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด และการที่วัยรุ่นที่มีผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์ต่ำจะทำให้วัยรุ่นเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นวัยรุ่นที่มีภาวะเครียดจากการเรียนจึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษาของ จุลจรรยา ศรีเพชร (2544) ที่ศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 จำนวน 400 คน พบว่า ผลการเรียนมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การเสพสารเสพติด สารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผลจากการเสพสารเสพติด ทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบสารเคมีในสมองและระบบประสาท (มาโนช หล่อตระกูล, 2542; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Salmons, 1995) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ อรัญญา แพ้จู๋ (2544) ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ใช้แอมเฟตามีนเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้แอมเฟตามีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้แอมเฟตามีนมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 32.3) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอมเฟตามีน (ร้อยละ 21.4) โดยสาเหตุที่วัยรุ่นใช้สารเสพติดมักเกิดจาก

การมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่ได้ได้รับความปลอดภัยในชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงทางอารมณ์และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Parker & Roy, 2001)

อารมณ์ขัน เป็นความคิด อารมณ์ทางบวกที่ช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ทางอารมณ์เหมาะสมขึ้น (Vaillant, 2003) สามารถใช้เป็นทักษะ เป็นกลวิธีที่บุคคลใช้เผชิญกับสถานการณ์ยุ่งยากต่างๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลมั่นคงอยู่ได้ (Abel, 2002; Lazarus & Folkman, 1984) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ขันในนักศึกษา 286 คน พบว่าอารมณ์ขันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nezlek & Derks, 2001) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าอารมณ์ขันแบบร่วมกันและแบบเพิ่มศักยภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kuiper et al., 2004; Martin et al., 2003) อารมณ์ขันแบบก้าวร้าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และพบว่าอารมณ์ขันแบบทำให้ตนเองเหนือผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kuiper et al., 2004; Martin et al., 2003)

การมีเหตุการณ์สูญเสีย จากการศึกษาถึงสาเหตุต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า ความเครียดที่เกิดจากสูญเสียในชีวิต สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ จากการศึกษาของ Lewinsohn, (1999) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 1,709 คน มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว 286 คน และยังไม่เคยมีอาการ 1,423 คน ผลการศึกษาพบว่า เหตุการณ์สูญเสียในชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่เคยมีอาการมาก่อน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Waaktaar และคณะ (2003) ที่ศึกษาในวัยรุ่น 163 คน พบว่าประสบการณ์การสูญเสียมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

2. ระดับเพื่อน

ความสัมพันธ์กับเพื่อน กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นมากที่สุดเนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยอื่น วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องการให้เพื่อนยอมรับนับถือ จึงพยายามที่จะยอมรับและคล้อยตามความคิดเห็นหรือกระทำพฤติกรรมตามอย่างเพื่อนให้เป็นที่รักใคร่และนิยมยกย่องของกลุ่มเพื่อน (อรัญญา แพ้จุ้ย, 2544) ดังนั้นเพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อวัยรุ่น ทั้งในเรื่องการตัดสินใจและค่านิยม เพื่อนจะเป็นคนที่รับฟังความรู้สึกและความไม่สบายใจ การที่วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนจะเป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า (จุลจาวพร ศรีเพชร, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ อรวรรณ หนูแก้ว (2536) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัด

สระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่ต่ำ

3. ระดับครอบครัว

สภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาชีพของบิดามารดาและรายได้ของครอบครัวจะแสดงถึงสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว การที่ครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำ บิดามารดาต้องมีการะหน้าที่หารายได้จนไม่มีเวลาในการดูแลบุตรมากพอ และสภาพทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้เด็กไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ แต่สภาพครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจสูงอาจมีผลทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจหรือปกป้องมากเกินไป ทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็ก เด็กรู้สึกต่อตนเองในทางลบได้ (ประดิษฐ์ อุปรมย์, 2543) ดังเช่นการศึกษาภาวะซึมเศร้า ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานครของ อุมพร ตรังคมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) พบว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ เด็กจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ช่วยทำให้นักคลลดอกภัยจากความเครียด หรือปกป้องไม่ให้ความเครียดมากระทบจนเกิดเป็นความผิดปกติ ทำให้นักคลมองโลกในแง่ดี ครอบครัวที่บิดามารดาและลูกมีสัมพันธภาพที่ดี ลูกจะมีความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อมีการเจ็บป่วยก็ยังสามารถรู้สึกรอบอุ่น ส่วนในเด็กที่ครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ของบิดามารดาไม่ดี มีความขัดแย้งในครอบครัว หรือเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Bragé, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับ พรพิมล หล่อตระกูล, พรรณิภา มีรสล้ำ และ ศศกร วิชัย (2541) ได้ศึกษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีปัญหาความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาวัยรุ่น เช่น ขัดแย้งกับบิดามารดา บิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน หรือคนในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน เป็นต้น จุลจรรยา ศรีเพชร (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา 3 แห่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความผูกพันกับบิดามารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อเพชร เบ้าเงิน (2537) ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การที่บิดามารดามีปัญหาสุขภาพจิต บรรยากาศในครอบครัวไม่อบอุ่น และสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อกันค่อนข้างน้อย และจากการศึกษาของออสทรันเดอร์ เวินเฟิร์ต และเนย์ (Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998) ศึกษาพบว่า การขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าบ่อยครั้งจะมีระดับความคิดที่บิดเบือนสูงและเกิดความคิดทางลบ ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าและการมีความคิดที่

บิดเบือนนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการที่วัยรุ่นขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ถ้ายังมีความคิดบิดเบือน มีความคิดทางลบ และขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น

สถานภาพสมรสของบิดามารดา การแยกทางกันหรือการหย่าร้างของบิดามารดามีผลกระทบต่อเด็กในลักษณะที่ต่อเนื่องจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ พบว่าเด็กและวัยรุ่นส่วนมากสามารถปรับตัวได้หลังการหย่า แม้ว่าเด็กจะมีอัตราเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางจิตเวช แต่มีเด็กเพียงส่วนน้อยที่มีความรุนแรงจนต้องรับการรักษาทางจิตเวช ในช่วงของการหย่าร้างเด็กต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่รุนแรง เช่น การแสดงความก้าวร้าว อันธพาล ทำลาย ทำร้าย และขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะลดลงหลังปีแรก แต่อาจคงอยู่ได้นานถึง 5 ปี นอกจากนี้เด็กอาจมีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล เหนงา มีลักษณะแยกตัวเอง หรือพึ่งพิงมากกว่าปกติ อาจกล่าวหาตนเองว่าเป็นสาเหตุ และมีจินตนาการว่าพ่อแม่กลับมาอยู่ด้วยกัน (พรพิมล หล่อตระกูล, พรพรรณ นิมิตต์ และ ศศกร วิชัย, 2541) จากการศึกษาของ ระวีวรรณ อุประมาณ (2538) ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าจะมีตัวแปรในเรื่อง อายุ เพศ เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ และสถานภาพสมรสของบิดามารดา ที่แตกต่างกันเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และจากการศึกษาถึงสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางการเรียนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มาจากรอบครัวหย่าร้างของ บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ (2544) พบว่านักเรียนมีปัญหาความคิดย้ำทำ และซึมเศร้า

จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น บางปัจจัยนับเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ วัยรุ่นจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขแล้วภาวะซึมเศร้าอาจทวีความรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าและมีอาการทางจิตได้

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผลจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) การป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) การป้องกันตามข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) การป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) เป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่ให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าในทุกคน ไม่ว่าจะเป็นหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ก็ตาม ซึ่งการป้องกันในระดับนี้สามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน

ชุมชน สังคม ตัวอย่างเช่น โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า (ลลนา ประทุม, 2550)

2) การป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งไปยังวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่ในสถานพินิจ สถานสงเคราะห์ หรือ กลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ การป้องกันในระดับนี้เน้นที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของ วัยรุ่นด้วยกระบวนการต่างๆ ตัวอย่างโปรแกรมในระดับนี้ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาใน เยาวชนหญิงสถานสงเคราะห์ (อัญชลี นัตรแก้ว, 2546)

3) การป้องกันตามข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) เป็นการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มี ภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วไม่ให้มีอาการมากขึ้น เป็นการผสมผสานระหว่างการบำบัดรักษา (treatment) กับ การฟื้นฟู (rehabilitation) ตัวอย่างโปรแกรมในระดับนี้ เช่น โปรแกรมบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เป็นโรค ซึมเศร้า โดยการใช้ยาต้านเศร้าร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Asarnow et al., 2005)

จะเห็นได้ว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับสภาพ ปัญหาและความต้องการของกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการดูแล

ทฤษฎีที่ใช้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีการ พัฒนามาจากพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลาย ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory)

1.1 การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดยเบ็ค (Beck, 1976) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความคิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาความ ผิดปกติด้านความคิดและอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะบิดเบือนความคิดของตนเองอย่างเป็น ระบบ ซึ่งลักษณะของความคิดที่บิดเบือนนั้นเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ โดยเบ็คกล่าวว่า การบำบัดทางปัญญานี้มีแนวคิดพื้นฐานที่เชื่อว่าอารมณ์ของบุคคลนั้นเกิดจากความคิดในการรับรู้ และแปลความสิ่งเร้าที่มากระทบ ซึ่งความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์ และความคิดกับอารมณ์มักจะ เสริมแรงซึ่งกันและกัน อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากโครงสร้างทางความคิดที่ บิดเบือน ทำให้เกิดการประเมินสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็น จริง จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องด้านความคิดและอารมณ์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Beck, 1967)

แนวคิดรูปแบบปัญญานิยมต่อภาวะซึมเศร้าของเบ็คและคณะ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต หรือความคิด

อัตโนมัติในทางลบแล้วก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งความคิดอัตโนมัติในทางลบมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น การบำบัดทางปัญญาเป็นจิตบำบัดเพื่อให้นุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา เมื่อนุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามลำดับ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Beck, 1967)

1.2 การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Cognitive Behavior Therapy (CBT) เบอร์แมน Burman (2003) เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือน (dysfunctional thinking) ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ แนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมินความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ก็อาจเกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยการทำให้เข้าใจก่อนว่าความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นอย่างไร แล้วให้ประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น โดยใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการรักษาโดยวิธีนี้ผู้รักษาทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง โดยเน้นที่ปัญหาปัจจุบันและมีเป้าหมายชัดเจน การค้นหาความคิดอัตโนมัติในแง่ลบ (negative automatic thoughts) เป็นวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมายตามที่ตั้งไว้

1.3 การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational- emotive behavioral counseling)

ทฤษฎีนี้มีหลักการสำคัญว่า สาเหตุแห่งปัญหา หรือการปรับตัวไม่ได้ของบุคคลมีสาเหตุจากความคิดที่ไม่มีเหตุผล ดังนั้นการช่วยเหลือบุคคลจึงมุ่งไปที่การเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ไปสู่ความคิดที่มีเหตุผล ซึ่งเป็นวิธีแบบนำทาง โดยอธิบาย และแนะนำวิธีการต่างๆ ให้นำไปปฏิบัติ โดยเน้นการใช้สติปัญญาในการพิจารณาสาเหตุของปัญหา และตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรจึงจะเอาชนะอุปสรรคได้ ด้วยวิธีการที่มีความยืดหยุ่น และการมีสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น และการยอมรับจากผู้รับการปรึกษา (ดวงมณี จงรักษ์, 2548)

เอลเลียสได้พัฒนา ทฤษฎี ABC (ABC Theory of Emotion) ซึ่งจะช่วยอธิบาย ความเชื่อแบบไร้เหตุผล ที่นำบุคคลไปสู่ภาวะอารมณ์ทางลบ และความเชื่อแบบมีเหตุผลที่ส่งผลต่ออารมณ์ทางบวก ตามกรอบแนวคิด ABCDE ดังนี้ A (Activating Emotional Experience) หมายถึงพฤติกรรม เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ หรือประสบการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ B (Belief or Interpretation of Experience) หมายถึงความเชื่อ หรือ การแปลความหมายประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ไร้เหตุผล C (Consequence) หมายถึง อารมณ์ทางลบต่างๆ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ไร้เหตุผลของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ความกลัว (Fear) ความสับสน (Confusion) ความไม่พอใจ (Frustration) และความโกรธ (Anger) เป็นต้น D (Disputing Irrational Beliefs) หมายถึง การโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่มีเหตุผล และ E (Emotional Effect) หมายถึง ผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่มุ่งหวัง ได้แก่ การบรรเทาหรือผ่อนคลาย (Relief) การมีความกดดันเพียงเล็กน้อย (Mild tension) การมีความรำคาญ หรือขุ่นเคืองเพียงเล็กน้อย (Mild annoyance) และความรู้สึกตื่นเต้นน่ายินดี (Excitement) เป็นต้น (Kottler, & Shepard, 2008) ในการพิจารณาว่าความคิดใด หรือพฤติกรรมใดมีเหตุผลหรือไม่นั้น เอลเลียส ได้เสนอเกณฑ์การพิจารณาไว้ ดังนี้ 1) ความคิดหรือพฤติกรรมนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง 2) การตัดสินใจหรือการกระทำนั้นเป็นการช่วยเหลือ และป้องกันชีวิตตนเอง 3) ความคิดหรือการกระทำนั้นช่วยให้บรรลุเป้าหมายทั้งระยะใกล้ และระยะไกลได้อย่างรวดเร็ว 4) ความคิด หรือการกระทำนั้นช่วยป้องกัน หรือขจัดความขัดแย้งภายในตนเอง หรือกับบุคคลอื่น (ประเทือง ภูมิภักทราคม, 2540) จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มุ่งเน้นที่จะช่วยเหลือบุคคลได้ตระหนักว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีเหตุผลมากกว่าที่เป็นอยู่เดิม และจุดมุ่งหมายต่อมา คือ การช่วยให้บุคคลได้เปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะเอาชนะความคิด และพฤติกรรมของตนเอง

2. ทฤษฎีทางมนุษยวิทยา

2.1 การให้การปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling)

การให้การปรึกษาแบบภวนิยม เป็นการช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญของความหมายในชีวิต การตอบสนอง ความเป็นอิสระ และความมีศักยภาพในตนเอง โดยเป้าหมายของการให้การปรึกษาแบบภวนิยมมุ่งเน้นช่วยให้ผู้รับการปรึกษาแสวงหาความหมายในชีวิต มีกำลังใจ กล้าต่อสู้ชีวิต และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ตลอดจนมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (วัชรวิ ทรัพย์มี, 2547) ซึ่ง ดวงมณี จงรักษ์ (2548) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการให้การปรึกษาแบบภวนิยมไว้ดังนี้คือ **ระยะแรก** เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพในระดับเข้มข้นระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษายพยายามทำความเข้าใจผู้รับการปรึกษา สนับสนุนให้พูดคุยเกี่ยวกับ ค่านิยม ความเชื่อ ภูมิหลังในอดีต การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่

ได้กระทำไปแล้ว รวมทั้งสิ่งที่ไม่กล้า หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ให้การปรึกษานับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาเข้าถึงความวิตกกังวล ความกลัวที่ซ่อนเร้นอยู่ หรือความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมิติของการดำรงชีวิต *ระยะที่สอง* ผู้ให้การปรึกษาร่วมกับผู้รับการปรึกษาพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการตัดสินใจทางเลือกใหม่ ความกล้าที่จะรับผิดชอบในความหมายใหม่ ผู้ให้การปรึกษาพยายามช่วยให้ผู้รับการปรึกษากล้าที่จะเป็นตัวเองอย่างแท้จริง และกระตุ้นให้มองเห็นจุดมุ่งหมาย และศักยภาพที่มีอยู่แต่ปฏิเสธ หรือไม่ได้นำมาใช้ *ระยะที่สาม* หลังจากผู้รับการปรึกษาดำเนินชีวิตใหม่ ผู้ให้การปรึกษานับสนุนให้ผู้รับการปรึกษานำแนวทางชีวิตใหม่ไปปฏิบัติ ทั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าเป็นแนวทางชีวิตใหม่ แต่ยังต้องประสบกับข้อจำกัด และไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวลได้หมด

2.2 การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt counseling)

แนวความคิดที่สำคัญของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ได้แก่ ความเป็นองค์รวม การผสมผสาน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และความสมดุล (Whole Integration and Balance) โดยให้ความสำคัญกับหน้าที่โดยรวมของบุคคล และมีความเชื่อว่ามนุษย์มีสมรรถนะในตนเอง แต่ละบุคคลจะมีพลัง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการตระหนักในตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) บุคคลอาจจะขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม 2) บุคคลอาจคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม 3) บุคคลอาจจะล้มเหลวทางหน้าที่การงาน 4) บุคคลอาจจะเป็นผู้ไม่สมบูรณ์แบบ และ 5) บุคคลอาจมีประสบการณ์ที่ขัดแย้งกันระหว่างสิ่งที่คิดว่าควรจะทำ (the topdog) และสิ่งที่ต้องการจะทำ (the underdog) และบุคคลอาจมีสิ่งที่อยู่ในตนเองแตกต่างกัน เช่น ความรัก/ความทารุณ ความเป็นชาย/ ความเป็นหญิง หรือความรู้สึกยินดี/ ความรู้สึกเจ็บปวด เป็นต้น (Gladding, 2004) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เหมาะที่จะใช้กับผู้มีปัญหาที่ไม่ตระหนักถึงความรู้สึก ความต้องการ หรือปัญหาที่แท้จริงของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับความรู้สึก หรือปัญหานั้น ๆ เนื่องจากกลัวว่าจะก่อให้เกิดความสะเทือนใจ หรือความรู้สึกนั้นขัดกับค่านิยมที่ได้รับการถ่ายทอดจากสังคม (วัชร ทรัพย์มี, 2547)

เป้าหมายของการปรึกษาทฤษฎีนี้เป็นแบบเฉพาะตัวคือ เพิ่มการมีสติรู้ตัว และการรับรู้ถึงประสาทสัมผัสต่างๆ ดังนี้ 1) ช่วยให้ผู้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และทำเรื่องราวในอดีตที่ค้างคาให้เสร็จสมบูรณ์ 2) เพิ่มการเข้าถึงศักยภาพของตน และยอมรับชื่นชมศักยภาพตามแบบฉบับที่ตนมีอยู่ให้มากขึ้น 3) ลดการพึ่งพิงการสนับสนุนจากภายนอก 4) ส่งเสริมการมีความรับผิดชอบ และการรู้จักเลือกอย่างเหมาะสม 5) ส่งเสริมการสื่อสาร การสัมผัส หรือการติดต่อกับตนเอง และผู้อื่น 6) เพิ่มความภาคภูมิใจ การยอมรับตนเอง และการใช้ศักยภาพของตน 7) ลดการแบ่งแยกออกเป็น 2 ขั้ว 8) พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้ประสบความสำเร็จ

โดยไม่ละเมิดผู้อื่น และ 9) ส่งเสริมการบูรณาการ สร้างความสมดุล และความเป็นองค์รวม (ดวงมณี จงรักษ์, 2548)

3. ทฤษฎีทางสรีรวิทยา

การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (Exercise therapy) การออกกำลังกายถือเป็นวิธีดั้งเดิมและเป็นทางเลือกหนึ่งที่ประหยัดที่สามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าได้ (Landers, 2000; Lesyk, 1998) จากผลการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าได้เทียบเท่ากับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด (Harvey, 1995) สำหรับกลไกการลดภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกายสรุปได้ดังนี้

1. กลไกทางชีวเคมี (Biochemical mechanisms) หลายทฤษฎีเชื่อว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทที่ผลิตจากสมอง ได้แก่ เอ็นโดรฟินส์ (endorphins) ซึ่งรวมถึงโดปามีน (dopamine) นอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) ซีโรโตนิน (serotonin) และฮอร์โมนตัวอื่นๆ ที่มีผลต่อ อารมณ์ซึมเศร้า (Craft & Perna, 2004) จากการวิจัย Craft & Perna (2004) พบว่าการออกกำลังกายจะทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ซึมเศร้า ตลอดจนทำให้ระบบไหลเวียนของสารต่าง ๆ เหล่านี้ดีขึ้น

2. กลไกทางกายภาพ (Physiological mechanisms) มีความเป็นไปได้ว่าการออกกำลังกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ได้แก่การสร้างสารคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) จากต่อมหมวกไตและระบบประสาทอัตโนมัติให้มีปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งสารดังกล่าวนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์เครียด โดยพบว่าผู้ที่มียารมณ์เครียด หรือมีอารมณ์ซึมเศร้า จะมีปริมาณคอร์ติโคสเตียรอยด์ในร่างกายต่ำ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึกตัว (consciousness) โดยทำให้ระดับความรู้สึกเข้าสู่ระยะแอลฟา ซึ่งเป็นระยะผ่อนคลายก่อนที่มีการหลับนอน (The Penn State Sport Psychology, 1997)

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ทัศน ทวีคุณ (2552) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้บริการโดยตรง (Direct service provider) พยาบาลมีบทบาทในการให้การป้องกันและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยการให้ความช่วยเหลือครอบคลุมถึงการประเมินพฤติกรรม การให้การปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม การเรียนการสอนในห้องเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคม (Social skill training) การให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling) การจัดการรายกรณี (Case management) และการจัดการในภาวะวิกฤติ (Crisis intervention) เป็นต้น

2. ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลทำหน้าที่ช่วยแนะนำครูและสมาชิกครอบครัวในการเรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวเพิ่มขึ้น รวมทั้งแนะนำทักษะในการสนับสนุนให้วัยรุ่นแสดงออกซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสม พยาบาลมีส่วนร่วมในการวางแผนให้การช่วยเหลือวัยรุ่นเป็นรายบุคคลร่วมกับบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือโรงเรียน อีกทั้งยังมีหน้าที่ประเมินพฤติกรรม และช่วยเหลือครูและสมาชิกครอบครัวในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้พยาบาลยังช่วยให้บุคลากรในโรงเรียน ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการของโรงเรียนได้ดี พยาบาลยังมีหน้าที่ช่วยโรงเรียนในการพัฒนาศักยภาพในการจัดการดำเนินโปรแกรม ป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียน โดยช่วยในการจัดตั้งทีมผู้ดำเนินการหลักของโรงเรียนในการคัดเลือก รวบรวมและประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม การฝึกอบรมครูในโรงเรียนถึงวิธีการดำเนินโปรแกรมโดยมีพยาบาลช่วยให้คำแนะนำเป็นระยะๆ เพื่อให้ครูสามารถที่จะดำเนินโปรแกรมได้ตามที่วางแผนไว้ อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาวิธีประเมินผลประสิทธิผลของโปรแกรมด้วย

3. ผู้ให้การสนับสนุน (Advocate) พยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทีมบุคลากรในโรงเรียน โดยมีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในนักเรียน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนแก่บุคลากรในโรงเรียน เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการที่จะดำเนินมาตรการหรือเปลี่ยนแปลงนโยบาย นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการสนับสนุนโครงการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ได้รวบรวมศึกษามา จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบมากมายทั้งต่อเด็กวัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศ ถ้าเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการช่วยเหลือ ภาวะซึมเศร้านี้ก็จะรุนแรงขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบจากอาการและอาการแสดงทั้งในด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมของวัยรุ่น และการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้ายังอาจทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม บุคลิกภาพ และพัฒนาการต่อไปในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการค้นหาวิธีช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้สนใจศึกษาสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่น่าเชื่อถือได้โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งมีกระบวนการศึกษาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบดังนี้ (Polit & Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources) ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (data source)
 - 1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (inclusion criteria)
2. การสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (evaluation of research quality)
 - 2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (data extraction)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databases) ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆและฐานข้อมูลหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชและสุขภาพจิตจำนวน 10 ฐานข้อมูล ซึ่งได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ Thai LIS, Suicide Thai และ Thai research นอกจากนี้ได้สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงท้ายบทของงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการต่างๆ เพื่อนำไปค้นหาเอกสารฉบับเต็ม (full text) โดยได้ดำเนินการสืบค้นในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2553

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ “ภาวะซึมเศร้า” “ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น”

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกดังนี้

- 1) ชนิดกลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทย
- 2) ชนิดของการจัดกระทำ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยครอบคลุมถึงโปรแกรมการป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในวัยรุ่นทุกคน และโปรแกรมการป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งไปยังกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
- 3) ชนิดหรือประเภทของงานวิจัย พิจารณาทั้งจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างและงานวิจัยกึ่งทดลอง
- 4) เป็นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่สามารถหาเอกสารฉบับเต็ม (full text) ได้ และเป็นงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2543 – 2552

ในการศึกษานี้ เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกันจากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่ง แล้วรวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน 19 เรื่องและจากการสืบค้นจากรายการอ้างอิงท้ายบทจำนวน 1 เรื่อง รวมทั้งหมด 20 เรื่อง รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้คำสำคัญในการสืบค้นจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้นข้อมูล	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
1. มหาวิทยาลัยบูรพา	ภาวะซึมเศร้า	28	4	4
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
2. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ภาวะซึมเศร้า	48	10	10
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0

ตารางที่ 3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญที่ใช้ ในการสืบค้นข้อมูล	จำนวน งานวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
3. มหาวิทยาลัยมหิดล	ภาวะซึมเศร้า	94	9(7)	2
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	14	5(5)	0
4. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	ภาวะซึมเศร้า	144	3(2)	1
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	18	2(2)	0
5. มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์	ภาวะซึมเศร้า	0	0	0
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
6. รพ.จิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์	ภาวะซึมเศร้า	116	3(3)	0
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
7. Thai LIS	ภาวะซึมเศร้า	129	10(10)	0
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
8. Thai research	ภาวะซึมเศร้า	0	0	0
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
9. Suicide Thai	ภาวะซึมเศร้า	180	2(1)	1
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
10. กรมสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า	189	4(3)	1
	ภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่น	0	0	0
11. อังอิงท้ายบท				1
รวม		960	53(33)	20

หมายเหตุ () หมายถึง จำนวนเรื่องที่ซ้ำ

2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย มีแนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)

การประเมินคุณภาพของงานวิจัยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของคณะอนุกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) โดยแบ่งคุณภาพหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง หรือ meta-analysis ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยเชิงทดลองเดี่ยวที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่น

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นหรือนันทามติจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

จากการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ **B** จำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย/ปี	ระดับคุณภาพ
1. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms	Nabkasorn, Miyai, Sootmongkol, et al. / 2005	ระดับ B

ตารางที่ 3.2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย/ปี	ระดับคุณภาพ
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น	ลลนา ประทุม / 2550	ระดับ B
3. ผลของการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	พิลาสินี วงษ์นุช / 2549	ระดับ B
4. ผลการทํากิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม	จริยา วัฒนโสภณ / 2544	ระดับ B
5. การใช้การวาดภาพเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3	รัตนพร วัฒนากรณ์ / 2551	ระดับ B
6. การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	ชนิดา อิงคสุวรรณ / 2543	ระดับ B
7. ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีนิยมนร่วมกับการฝึกหัดโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล / 2545	ระดับ B
8. ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์	ชราพร สนิทภักดิ์ / 2545	ระดับ B
9. ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	พยาม การดี / 2551	ระดับ B

ตารางที่ 3.2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย/ปี	ระดับคุณภาพ
10. การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	ศุณี ประเสริฐศรี / 2548	ระดับ B
11. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	อุบลวรรณ เรือนทองดี / 2544	ระดับ B
12. ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	ขวัญจิต มหากิตติคุณ / 2548	ระดับ B
13. ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์	อัญชลี ฉัตรแก้ว / 2546	ระดับ B
14. ผลของการเดินแอโรบิกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	อัมพร สร้อยบุญ / 2548	ระดับ B
15. ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี	ศรวิไล โมกขาว / 2549	ระดับ B
16. ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่	จารุณี มโนรา / 2546	ระดับ B
17. ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิงโรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน	พัชริน ฉายสุขศรี / 2551	ระดับ B
18. ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำ จังหวัดพิจิตร	จุฑาทิพย์ ประทินทอง / 2551	ระดับ B

ตารางที่ 3.2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย/ปี	ระดับคุณภาพ
19. ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติ จังหวัดอุตรดิตถ์	หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ /2550	ระดับ B
20. ผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลการมีต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพ็ญพรรณ ชิตวร / 2547	ระดับ B

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

ในการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสกัดออกมาจากงานวิจัย ดังนี้

- วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- แบบการวิจัย (Research design)
- กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)
- เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Instruments and Data collection)
- วิธีการวิจัยและการจัดกระทำ (Method and Intervention)
- ผลการศึกษาวิจัย (Finding/Result)

ผลของการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะนำเสนอในบทต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย สามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 8 ส่วน คือ 1) คุณภาพความเพียงพอของงานวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่าง 3) สถานที่ทำการวิจัย 4) รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า 5) ผู้ดำเนินกิจกรรม 6) กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 7) ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 8) ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของการวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เมื่อนำงานวิจัย 20 เรื่องมาประเมินคุณภาพพบว่า เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental study) อยู่ในระดับ B ทั้งหมดจำนวน 20 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 16 เรื่อง งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในประเทศไทย 3 เรื่อง และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ จำนวน 1 เรื่อง และเมื่อพิจารณากลับกรองข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือก พบว่าเป็นงานวิจัยที่มีวิธีการวิจัย และมีการใช้เครื่องมือในการศึกษาที่มีความเชื่อถือ จึงถือได้ว่ามีคุณภาพและมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ เพศ พบว่ามีงานวิจัยที่ทำการศึกษาเฉพาะในเพศหญิง จำนวน 5 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ชราพร สันทักดี, 2545; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546 Nabkasorn et al., 2005) เฉพาะในเพศชาย จำนวน 3 เรื่อง (จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ศรีวิไล โมกขาว, 2549) ทำการศึกษาทั้งในเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 12 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; พยาม การดี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิดวร, 2545; รัตนพร วัฒนากรณ์, 2551; ตลนา ประทุม, 2550; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุณเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

ระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 16 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; เพ็ญพรรณ ชิดวร, 2545; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; พยาม การดี, 2551; รัตนาพร วัฒนารณ, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544; Nabkasorn et al., 2005) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 2 เรื่อง (นัทรฤติ กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงศุวรรณ, 2543) ไม่ระบุระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า แต่มีระดับคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จำนวน 2 เรื่อง (ชราพร สนิทภักดี, 2545; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549)

3. สถานที่ทำการวิจัย

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง พบว่า สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พบจากการศึกษาวิจัยมีดังนี้

โรงเรียน จำนวน 12 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; นัทรฤติ กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงศุวรรณ, 2543; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิดวร, 2545; รัตนาพร วัฒนารณ, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544; Nabkasorn et al., 2005)

สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน/เรือนจำ จำนวน 3 เรื่อง (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ชราพร สนิทภักดี, 2545; พยาม การดี, 2551)

กรมประชาสัมพันธ์และสถานสงเคราะห์เด็กชาย จำนวน 3 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จารุณี มโนรา, 2546; ศรีวิไล โมกขาว, 2549)

ศูนย์การศึกษาลูกผู้หญิง พุทธาวาส จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี นัทรแก้ว, 2546)

พื้นที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 1 เรื่อง (หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ, 2550)

4. รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งหมดจำนวน 20 เรื่อง พบว่ามีการใช้ทฤษฎีอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีที่ใช้สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม ดังนี้คือ

4.1 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) มีจำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง แบ่งเป็น การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี นัตรแก้ว, 2546) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory) จำนวน 6 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; พัทธรีน ฉายสุขศรี, 2551; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; หทัยรัตน์ คุณเกษมกิจ, 2550) การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling) จำนวน 2 เรื่อง (พยาม การดี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545)

4.2 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยา มีจำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง แบ่งเป็น การให้การปรึกษาแบบภาวะนิยม (Existential Counseling) จำนวน 2 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ชราพร สนิทภักดี, 2545) การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) จำนวน 2 เรื่อง (พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

4.3 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสตรีวิทยา มีจำนวนทั้งหมด 2 เรื่อง (อัมพร สร้อยบุญ, 2548; Nabkasorn et al., 2005)

4.4 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบผสมผสาน มีจำนวนทั้งหมด 5 เรื่อง แบ่งเป็น การสร้างจินตภาพร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 2 เรื่อง (จารุณี มโนรา, 2546; ศรีวิไล โมกขาว, 2549) การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีร่วมกับการฝึกหัดทักษะโยคะ จำนวน 1 เรื่อง (นัฏฐฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545) การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการเสนอตัวแบบ จำนวน 1 เรื่อง (ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543) การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 1 เรื่อง (สุนี ประเสริฐศรี, 2548)

5. ผู้ดำเนินกิจกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็น นักศึกษาระดับปริญญาโทจากหลากหลายสาขาและเป็นพยาบาล ดังนี้

นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 11 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; พยาม การดี, 2551; พัทธรีน ฉายสุขศรี, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; หทัยรัตน์ คุณเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อัญชลี นัตรแก้ว, 2546; สุนี ประเสริฐศรี, 2548)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จำนวน 4 เรื่อง (นัฏฐฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชราพร สนิทภักดี, 2545; ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว จำนวน 1 เรื่อง
(รัตนาพร วัฒนาภรณ์, 2551)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาการอนามัยชุมชน จำนวน 1 เรื่อง
(อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; เพ็ญพรรณ
ชิตวร, 2545; Nabkasorn et al., 2005)

6. กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่ามีกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนิน
กิจกรรมที่หลากหลาย โดยกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

6.1 การให้ความรู้ จำนวน 16 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548; จารุณี
มโนรา, 2546; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545;
ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545;
ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550;
อัญชลี นัตรแก้ว, 2546; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

6.2 การปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 13 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ,
2548; จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชราพร
สนิทภักดี, 2545; พยาม การดี, 2551; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; ลลนา
ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี
นัตรแก้ว, 2546)

6.3 ทักษะการเผชิญปัญหา จำนวน 15 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ,
2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545;
ชราพร สนิทภักดี, 2545; ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551;
พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; รัตนาพร วัฒนาภรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550;
สุนี ประเสริฐศรี, 2548; อัญชลี นัตรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

6.4 ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม จำนวน 15 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติ
คุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545;
ชราพร สนิทภักดี, 2545; ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551;
พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; รัตนาพร วัฒนาภรณ์, 2551; สุนี ประเสริฐศรี,
2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัตรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

6.5 การจัดการกับความเครียด จำนวน 8 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จารุณี มโนรา, 2546; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

6.6 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 เรื่อง (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัตถฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัตรแก้ว, 2546; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

6.7 การฝึกการผ่อนคลาย จำนวน 9 เรื่อง (จารุณี มโนรา, 2546; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; นัตถฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; Nabkasorn, et al., 2005)

6.8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 9 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัตถฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัตรแก้ว, 2546)

6.9 มอบหมายการบ้าน จำนวน 7 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; นัตถฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พัทธิน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; อัญชลี นัตรแก้ว, 2546)

7. ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

จากการศึกษางานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า จำนวนครั้งที่ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดมากที่สุด 24 ครั้ง และน้อยที่สุด 3 ครั้ง โดยเฉลี่ย 11 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เป็นเวลามากที่สุด 8 สัปดาห์ น้อยที่สุด 2 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลามากที่สุด 120 นาที น้อยที่สุด 15 นาที โดยเฉลี่ย 55-65 นาที

8. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังได้รับ โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันออกไป ดังนี้

8.1 ภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548; จารุณี มโนรา, 2546; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัศรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; พยาม การดี, 2551; พัชริน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิดวร, 2545; รัตนพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อัญชลี นัศรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ เรือนทองดี, 2544)

8.2 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ชราพร สนิทกดี, 2545; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549)

8.3 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 เรื่อง (ชนิดา อิงศวรรณ, 2543)

8.4 ผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 1 เรื่อง (Nabkasorn, et al., 2005)

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย พบว่าในแต่ละงานวิจัยที่นำมาศึกษา มีรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบ โปรแกรมการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.1 และรายละเอียดแสดงชื่อเรื่อง/ชนิดการดำเนินกิจกรรม (รายกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด
โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
1. ผู้ศึกษา/ปี: ขวัญจิต มหาภักติคุณ/2548 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล ขั้นตอนที่ 6 นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็น สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผู้ศึกษา/ปี: อัมพร สร้อยบุญ/2548 รูปแบบ: การเดินแอโรบิก	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการเดินแอโรบิกสำหรับวัยรุ่น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำเดินแอโรบิกทุกครั้ง มีขั้นตอนของการเดินแอโรบิก 3 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ	ใช้เวลาทั้งหมดประมาณครั้งละ 35-50 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 24 ครั้ง

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
2. ผู้ศึกษา/ปี: อัมพร สร้อยบุญ/2548 รูปแบบ: การเดินแอโรบิก ทฤษฎีที่ใช้: สรีรวิทยา	กระบวนการบำบัด (ต่อ) 1. ระยะเวลาของร่างกาย (warm up) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การอบอุ่นของร่างกายทุกๆ คือทำให้ร่างกายอบอุ่น มีอุณหภูมิที่สูงขึ้น ส่วนที่ 2 การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเอ็น ใช้เวลาบริหารประมาณ 5 – 10 นาที 2. ระยะปฏิบัติ (Aerobic Phase) เป็นขั้นตอนของการบริหารร่างกายในช่วงแรกเป็นการบริหารท่าเร็วและหนักติดต่อกันจะเน้นให้บุคคลแต่ละคนสามารถพัฒนาการออกกำลังกายให้ถึงอัตราการเต้นหัวใจที่เป้าหมายได้ และช่วงหลังจะเป็นการเบาเครื่องลงเรื่อยๆ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วงนี้จะใช้เวลาบริหารประมาณ 15 – 40 นาที 3. ระยะผ่อนคลาย (cool down) ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาฝึกเพื่อผ่อนคลายและลดความหนักของกิจกรรมที่ทำ ช่วงนี้จะใช้เวลาบริหารประมาณ 5 – 10 นาที	ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
3. ผู้ศึกษา/ปี: อัญชลี ฉัตรแก้ว/2546 รูปแบบ: การบำบัดทางปัญญา ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy)	กระบวนการบำบัด การจัดกิจกรรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา	ใช้เวลาประมาณครั้งละ 120 นาที รวมทั้งหมด 12 ครั้ง วันเว้นวัน ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ผู้ศึกษา/ปี: ศิริวิไล โมกขาว/2549 รูปแบบ: การสร้างจิตภาพ ทฤษฎีที่ใช้: ผลผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกการสร้างจิตภาพ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ ปฐมนิเทศ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกการสร้างจิตภาพ 2) ขั้นตอนการ ทำการฝึกการสร้างจิตภาพโดยใช้เทปบันทึก	กิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้งๆ ละ 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ในวันพุธและวันอาทิตย์ เวลา 17.00 น.-18.00 น.

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
4. ผู้ศึกษา/ปี: ศรีวิไล โมกขาว/2549 รูปแบบ: การสร้างจิตนาการ ทฤษฎีที่ใช้: ผลผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	การสร้างจิตนาการที่นำมาจากงานวิจัยของจอร์นีย์ มโนรา (2546) ให้จินตภาพตามเทพปันทิกเสียง เป็นเวลาประมาณ 15 นาที หลังการฝึกผู้บำบัดจะสัมภาษณ์ความถี่ที่รับรู้ถึงการฝึกการสร้างจิตนาการของกลุ่มทดลอง และความชัดเจนของการจินตภาพ 3) ขั้นเตรียมการยุติการสร้างจิตนาการ แนะนำให้นำการสร้างจิตนาการไปใช้ต่อในชีวิตประจำวัน ประเมินการฝึก ความชัดเจน 4) ขั้นติดตามผล เพื่อเป็นการติดตามผลการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน	ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ผู้ศึกษา/ปี: จุฑาทิพย์ ประทีนทอง/ 2551 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็น สัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
5. ผู้ศึกษา/ปี: จุฬาทิพย์ ประทินทอง/ 2551 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล ขั้นตอนที่ 6 นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. ผู้ศึกษา/ปี: พัชริน ฉายสุขศรี/ 2551 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง โดยทำวัน เว้นวันจนครบ 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมผู้ดำเนินกิจกรรม
6. ผู้ศึกษา/ปี: พัชริน ฉายสุขศรี/ 2551 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก การประยุกต์ วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาค้นพบ ขั้นตอนที่ 6 นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้	และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. ผู้ศึกษา/ปี: จารุณี มโนรา/2546 รูปแบบ: การสร้างจิตภาพ ทฤษฎีที่ใช้: ผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกการสร้างจิตภาพ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ ปฐมนิเทศ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึก การสร้างจิตภาพ 2) ขั้นตอนการ ทำการฝึกการสร้างจิตภาพโดยใช้เทปบันทึกการ ให้จินตภาพตามเทปบันทึกเสียง เป็นเวลาประมาณ 15 นาที หลัง การฝึกผู้บำบัดจะสัมภาษณ์ความรู้สึกที่ได้รับจากการฝึกการสร้าง จิตภาพของกลุ่มทดลอง และความชัดเจนของการจินตภาพ	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละ 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
7. ผู้ศึกษา/ปี: จารุณี มโนรา/2546 รูปแบบ: การสร้างจิตภาพ ทฤษฎีที่ใช้: ผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) 3) ขึ้นเตรียมการยุติการสร้างจิตภาพ แนะนำให้ดำเนินการสร้างจิตภาพไปใช้ต่อไปในชีวิตประจำวัน ประเมินการฝึก ความชัดเจน 4) ขึ้นติดตามผล เพื่อเป็นการติดตามผลการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. ผู้ศึกษา/ปี: หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ/2550 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก การประยุกต์	กิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที โดยดำเนินการติดต่อกันทุกวัน รวม 6 วัน ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
8. ผู้ศึกษา/ปี: หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ/ 2550 รูปแบบ: การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล ขั้นตอนที่ 6 นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้	
9. ผู้ศึกษา/ปี: พยอม การดี/ 2551 รูปแบบ: พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เหตุผลและอารมณ์ ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรม (cognitive- behavior therapy)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การค้นหาคำเชื่อที่ไร้เหตุผลของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น โดยใช้การคิดแบบทฤษฎี ABC การ วางเป้าหมายร่วมกัน	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละประมาณ 60-90 นาที วันเว้นวัน งวดวันเสาร์และ วันอาทิตย์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ รวม 8 วัน ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด
โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
9. ผู้ศึกษา/ปี: พยคม การดี/2551 รูปแบบ: พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling)	1) การอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้การคิดแบบทฤษฎี ABC 2) การกระตุ้นให้ตรวจสอบความเชื่อที่ไร้เหตุผลของตนเอง 3) การอธิบายถึงผลของความเชื่อที่ไร้เหตุผล 4) การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผล 5) การฝึกปรับเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผล โดยฝึกคิดแบบ ABCDE 6) การพัฒนาและฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต	จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ผู้ศึกษา/ปี: ลลนา ประทุม/2550 รูปแบบ: ทักษะการเผชิญความเครียด ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 นักเรียนจะได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และลักษณะของกลุ่ม และแนวทางการปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม	กิจกรรมทั้งหมด 11 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 15.00-16.30 น. เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
10. ผู้ศึกษา/ปี: อดทน ประทุม/ 2550 รูปแบบ: ทักษะการเผชิญความเครียด ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า สามารถสังเกตตนเองได้เมื่อมีภาวะเครียด เห็นความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีทักษะในการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองจากการฝึกบันทึกอารมณ์ ครั้งที่ 3 ทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิดทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถระบุความคิดทางลบของตนเองได้ ครั้งที่ 4 เรียนรู้ถึงวิธีที่จะช่วยในการหยุดความคิดทางลบ ฝึกปฏิบัตินำเทคนิคหยุดความคิดมาใช้ ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ 6 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดและ	ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรเทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวก จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด
โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการ
10. ผู้ศึกษา/ปี: ดลนา ประทุม/ 2550 รูปแบบ: ทักษะการเผชิญความเครียด ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดี ที่ทำให้สร้างและดำรงสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะกล้าแสดงออก สามารถเปิดเผยความรู้สึกลึกซึ้งของตนเองได้อย่างเหมาะสม ครั้งที่ 9 ทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหา ประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเคยใช้ สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาได้ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการแก้ปัญหา และเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ครั้งที่ 10 เรียนรู้ถึงหลักการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติทักษะในการแก้ปัญหา และเสริมสร้างกำลังใจในการแก้ปัญหา ครั้งที่ 11 สรุปการเรียนรู้และทบทวนในกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
11. ผู้ศึกษา/ปี: จริยา วัฒน โสภณ/2544 รูปแบบ: กิจกรรมบำบัด ทฤษฎีที่ใช้: การให้การปรึกษาแบบ อัตถิภาวนิยม (Existential Counseling)	กระบวนการบำบัด กิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ประเภท (32 กิจกรรม) มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. กิจกรรมและเกมเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ เช่น เรามาลงเรือลำนี้ ขนรับขวัญ ลำลายเช่น สัญลักษณ์ของเรา 2. กิจกรรมและเกมให้ระบายความรู้สึกลึกและสำรวจอารมณ์ เช่น ถ้าฉันเป็นนก เปิดใจความกลุ่ม ถนนชีวิต เส้นสายสายสีของฉัน ปรอทอาร์ม 3. กิจกรรมที่ให้ผลความสำเร็จและการสร้างเป้าหมาย เช่น สิ่งที่จะทำใน 3 วันนี้ มีอันมีค่า กลุ่มนี้แต่งนิทานเสร็จใน 20 นาที เป้าหมายใน 7 วันของฉัน บทบาทชีวิต คิดประจำตัว สัญลักษณ์ 4. แบบฝึกหัดการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับเหตุการณ์เสี่ยงต่างๆ และทักษะการสื่อสาร เช่น สสำรวจเหตุการณ์ เสี่ยง ถ้า ทำทีบุคคล	กิจกรรมทั้งหมด 15 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
12. ผู้ศึกษา/ปี: ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล/ 2545 รูปแบบ: การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนว ภาวนิยมร่วมกับการฝึกหัด โยคะ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการฝึกโยคะ โปรแกรมสำหรับผู้เริ่มต้นฝึกประกอบด้วยการฝึกหายใจด้วยหน้าท้อง, การกำหนดจิต ซึ่งทำควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติอาสนะต่างๆ คือ ทำคนตาย, ทำหัวพระอาทิตย์, ทำกระต่าย – เต็ก, ทำเข้าถึงอก, ทำงู, ทำตัดแตนครึ่งตัว, ทำหัวถึงเข่า, ทำครึ่งปลา, ทำบิดลำตัว, ทำอูฐ, ทำนั่งกิมสิริษะและทำสองมุม ซึ่งทำเหล่านี้จะต้องฝึกเรียงลำดับกันไป เพื่อให้มีการบริหารส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเหมาะสม มีความสมดุลระหว่างกล้ามเนื้อที่ทำงานตรงข้ามกัน ซึ่งตามโปรแกรมการฝึกหัดโยคะในการวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ฝึกครั้งที่ 2 จะค่อยๆ เพิ่มทำครั้งละ 1-2 ท่า และให้ทำตามเวลาฝึก 45 นาที การให้คำปรึกษากลุ่มแนวภาวนิยม กิจกรรมการปรึกษากลุ่มทั้ง 12 ครั้ง มีดังนี้	โปรแกรมการฝึกโยคะ ฝึกพร้อมกัน หลังเลิกเรียน เวลา 15.30 น. ทุกวัน จันทร์และวันพุธ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้งและให้โปรแกรมการฝึกหัดโยคะไปฝึกคนละ 1 ชุด เพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปเป็นแนวทางในการฝึกโยคะด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน การให้คำปรึกษากลุ่มแนวภาวนิยม ทำวันเดียวกับการฝึกหัดโยคะ ซึ่งปรึกษากลุ่มหลังการฝึกโยคะ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษากลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
12. ผู้ศึกษา/ปี: ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล/ 2545 รูปแบบ: การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนว ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 แนะนำกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพโดย ล้อมวงโยนลูกบอล - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2-3 สร้างสัมพันธภาพและสำรวจ ความคิดในแง่ลบ - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4-5 ให้สมาชิกวิเคราะห์ปัญหาใน มุมมองที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับตนเองและโลกที่ประสพอยู่ - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 6-7 ให้สมาชิกสำรวจความหมายของ ชีวิต โดยให้สมาชิกวาดรูปชีวิตจริงในปัจจุบันและชีวิตที่ต้องการให้ เป็นและนำมาสื่อความหมายกับกลุ่ม - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ ตระหนักถึงรูปแบบการกระทำและความคิดที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง อันนำไปสู่ความรู้สึกร่วมกันและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตาม	เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
12. ผู้ศึกษา/ปี: ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล/ 2545 รูปแบบ: การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ร่วมกันกับการฝึกทักษะโยคะ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) ความเหมาะสมของแต่ละคน - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 9 – 10 ให้สมาชิกนำแนวคิดเชิงปรัชญามานำเสนอต่อกลุ่ม และผู้นำกลุ่มนำแนวคิดแบบทวินามมาแลกเปลี่ยน - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 11 ให้สมาชิกนำวิธีการดำเนินชีวิตที่ค้นพบในกลุ่มไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน และให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบ - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 12 สรุปและยุติการปรึกษา	
13. ผู้ศึกษา/ปี: รัตนาพร วัฒนารักษ์/ 2551 รูปแบบ: การใช้การวาดภาพ ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด กิจกรรมการใช้การวาดภาพ โดยทำกิจกรรมร่วมกัน 8 กิจกรรม มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. กิจกรรมเรามารู้จักกัน	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาทีรวมเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 วัน ผู้ดำเนินกิจกรรม ไม่ระบุวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการ
13. ผู้ศึกษา/ปี: รัตนพร วัฒนกรณ์/ 2551 รูปแบบ: การใช้การวาดภาพ ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	1.1 เพื่อให้นักเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์และข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรม 1.2 เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างนักเรียนด้วยกันเองและนักเรียนกับผู้ศึกษา 2. กิจกรรมวาดภาพอิสระ 2.1 เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้สึกละเลินเล่อกับการวาดภาพ 2.2 เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับอุปสรรคในการวาดภาพ 2.3 เพื่อให้นักเรียนรู้สึกผ่อนคลายและสามารถแสดงตัวตนออกมาผ่านการวาดภาพได้อย่างอิสระ 3. กิจกรรม Art Feeling 3.1 เพื่อช่วยให้นักเรียนแสดงความรู้สึกที่ถูกรังเกียจด้วยเสียงเพลงและปลดปล่อยความรู้สึกผ่านการวาดภาพระบายสีโดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ	หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
13. ผู้ศึกษา/ปี: รัตนพร วัฒนกรณ์/ 2551 รูปแบบ: การใช้การวาดภาพ ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Theory)	3.2 เพื่อให้นักเรียน ได้รับรู้ถึงความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ 4. กิจกรรมความในใจ 4.1 เพื่อฝึกให้นักเรียน ได้เรียนรู้ถึงวิธีการระบายความในใจหรือความคับข้องใจ 4.2 เพื่อฝึกให้นักเรียนกล้าเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รอบข้างของตนเอง 4.3 เพื่อให้นักเรียนพัฒนาความรู้สึกลึกซึ้งกับการกล้าแสดงออกและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง 5. กิจกรรมปรับเปลี่ยนมุมมอง 5.1 เพื่อให้นักเรียน ได้รู้วิธีการบำบัดตัวเอง โดยการทำกิจกรรมศิลปะการวาดภาพเข้ามาช่วย เมื่อเกิดความคับข้องใจหรือประสบกับปัญหา 5.2 เพื่อให้นักเรียน ได้ปรับมุมมองคลายความคับข้องใจหรือปัญหาต่าง ๆ	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
13. ผู้ศึกษา/ปี: รัตนพร วัฒนกรณ์/ 2551 รูปแบบ: การใช้การวาดภาพ ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	5.3 เพื่อให้นักเรียน ได้ฝึกทักษะการลากเส้น 6. กิจกรรม กัน กัน กัน 6.1 เพื่อให้นักเรียน ได้สำรวจตนเองในอดีต 6.2 เพื่อให้นักเรียน ได้สำรวจตนเองในปัจจุบัน 6.3 เพื่อให้นักเรียน ได้สำรวจตนเองว่าในอนาคตจะเป็นอย่างไร 7. กิจกรรมจินตนาการ 7.1 เพื่อให้นักเรียนพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ 7.2 เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้สึกลึกซึ้ง 7.3 เพื่อให้นักเรียน เรียนรู้ความสำเร็จจากการต่อเติมรูปภาพและมีความสวยงาม 7.4 เพื่อให้นักเรียนรู้สึว่าตนเองมีความสามารถ และเพิ่มความรู้สึกรักภูมิใจในตนเอง 8. กิจกรรมความประทับใจ	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
13. ผู้ศึกษา/ปี: รัตนพร วัฒนกรณ์/ 2551 รูปแบบ: การใช้การวาดภาพ ทฤษฎีที่ใช้: การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญา (Cognitive Behavior Theory)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) 8.1 เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะความรู้สึกที่ประทับใจ 8.2 เพื่อเป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง เพราะนักเรียนทุกคนมีศักยภาพในตนเอง 8.3 เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น	
14. ผู้ศึกษา/ปี: ชราพร สนิทภักดิ์/2545 รูปแบบ: การเห็นคุณค่าแห่งตน ทฤษฎีที่ใช้: การให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (Existential Counseling)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตน มีขั้นตอนดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 6 ระยะ มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. ประเมินทัศนคติและสร้างสัมพันธภาพ 2. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านทั่วไป - การมองโลกในแง่ดี - ความคิดสร้างสรรค์	ใช้เวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) แต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 40 - 60 นาที จำนวน 10 ครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการ
14. ผู้ศึกษา/ปี: ชราพร สนิทกักดี/ 2545 รูปแบบ: การเห็นคุณค่าแห่งตน ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบอัตถิภาวนิยม (Existential Counseling)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) - ความพึงพอใจในชีวิต 3. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านสังคมและเพื่อน - ผลของการยอมรับจากผู้อื่น - เป็นที่ยอมรับจากคนอื่นในสังคม 4. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านครอบครัว - การยอมรับของผู้ปกครอง - บรรยายภาพครอบครัว 5. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านโรงเรียน (ด้านการเรียนรู้) - การประสบความสำเร็จและพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมายของชีวิต 6. ปัจจัยนิเทศ	สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
15. ผู้ศึกษา/ปี: พิลาดินี วงษ์หนูช/ 2549 รูปแบบ: การผสานศิลปะกับการปรึกษา	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มี	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบ/ผู้ดำเนินกิจกรรม
15. ผู้ศึกษา/ปี: พิลานินี วงษ์นุช/2549 รูปแบบ: การผสมผสานศิลปะกับการบริการทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่ใช้: การให้การบริการแบบเกสโตลท์ (Gestalt Counseling)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) ขั้นตอนสรุปดังนี้ - ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ - ขั้นตอนการทำความเข้าใจกับอุปสรรค “กิจกรรมวาดภาพอิสระ” - ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพสู่ขบวนการสร้างสรรค์ “กิจกรรม Art Feeling” - ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพสู่ขบวนการสร้างสรรค์ “กิจกรรมถามใจ” - ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพสู่ขบวนการสร้างสรรค์ “กิจกรรมธรรมชาติสร้างสรรค์” - ขั้นตอนการนิยามตนเอง “กิจกรรม Self – Collage Poster” - ขั้นตอนการนิยามตนเอง “กิจกรรมวาดภาพร่วมกัน”	โปรแกรมการผสมผสานศิลปะกับการบริการทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทำทดลอง 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทำการทดลอง 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด ครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
15. ผู้ศึกษา/ปี: พิลาดินี วงษ์นุช/ 2549 รูปแบบ: การผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบเกสโตลท์ (Gestalt Counseling)	กระบวนการบำบัด (ต่อ) - ขั้นการนิยามตนเอง “กิจกรรมเป็นดินเหนียว” - ขั้นการนิยามตนเอง “กิจกรรม Two – Side Mask” - ขั้นพัฒนาการความผูกพัน “กิจกรรมนี้คือเพื่อนของฉัน” - ขั้นพัฒนาการความผูกพัน “กิจกรรมวันนี้ตามใจฉัน” - ขั้นละลายความผูกพัน “กิจกรรมความประทับใจแต่เธอ” กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ประกอบด้วย - ขั้นการสร้างควมมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม - ขั้นการยอมรับกลุ่ม - ขั้นเพิ่มสติตระหนักรู้ในตนเอง - ขั้นทำเรื่องราวในอดีตที่ค้างคาให้เสร็จสมบูรณ์ - ขั้นเพิ่มการเข้าถึงและยอมรับศักยภาพตามแบบฉบับที่ตนมีอยู่ - ขั้นส่งเสริมการมีความรับผิดชอบ และลดการพึ่งพิงสิ่งแวดล้อม	ผู้ดำเนินกิจกรรม ไม่ระบุอาชีพ แต่เป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
15. ผู้ศึกษา/ปี: พิลาลินี วงษ์นุช/ 2549 รูปแบบ: การผสมผสานศิลปะกับการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบเกส ตอลท์ (Gestalt Counseling)	ภายนอก - ชื่นยุติกลุ่ม	
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงคสุวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผลและ อารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผลและอารมณ์ มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างความคุ้นเคย เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิด ความคุ้นเคยระหว่างกันในกลุ่ม และผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ ข้อผูกพัน สถานที่ ช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ จะรับคำปรึกษา ตลอดจนวิธีการและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้ คำปรึกษาและ	กิจกรรมทั้งหมด 20 ครั้ง ดังนี้ กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆ ละ 50 นาที ใน วันจันทร์และวันพุธ เวลา 16.00 น. - 16.50 น. กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆ ละ 50 นาที

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงศวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอแนะแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	ของสมาชิกกลุ่มตลอดโปรแกรม ครั้งที่ 2 แนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวิธีการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบของ ABCDE ของเอลลิส (Ellis) โดยผู้วิจัยอธิบายแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ถึงการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล วิธีการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง ครั้งที่ 3 การฝึกทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความคิดที่มีความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อจำแนกความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้อย่าง	ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 16.00 - 16.50 น. ผู้ดำเนินกิจกรรม ครู ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยา ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการ
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงคสุวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผลและ อารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	ชัดเจน และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีประสบการณ์และมองเห็น แนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านตนเอง โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่ม แต่ละคนทำแบบฝึกหัดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ 3 สถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน ในกลุ่ม ครั้งที่ 4-9 การฝึกทำแบบฝึกหัดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง เพื่อให้ สมาชิกกลุ่มฝึกคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลด้วยตนเองเป็นการบ้าน และนำไปใช้แก้ปัญหาอารมณ์เศร้าที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตจริง โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายผลที่ได้จากแบบฝึกหัด ของแต่ละคน โดยการตั้งคำถามและพิจารณา ABCDE ถ้าไม่มี เหตุผลให้กลุ่มตั้งคำถามโต้แย้งความคิดที่มีเหตุผล ในกรณีที่มี เหตุผล ผู้วิจัยก็ให้ข้อมูลกลับต่อความคิดที่มีเหตุผล เมื่อสมาชิกกลุ่ม นำเสนอต่อกลุ่มสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผล ผู้วิจัยให้การเสริมแรง	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงศวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	ทางสังคม โดยกล่าวคำชมเชยต่อความคิดที่มีเหตุผล ครั้งที่ 10 ปัจฉิมนิเทศ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงประโยชน์และความประทับใจที่ได้รับจากการรับคำปรึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการเสนอตัวแบบ มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มและผู้วิจัย ให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวิธีการ หน้าที่ จุดมุ่งหมายของการเสนอตัวแบบ และสามารถบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นปัญหาของสมาชิกได้ ครั้งที่ 2 การแสดงความรักความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการแสดงความรักความห่วงใยกันของสมาชิกในครอบครัว และเมื่อเกิดปัญหาแล้ววิธีแก้ไขปัญหายังไร	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงศวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผลและ อารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักการปรับตัวให้เป็นไปตามพัฒนาการที่สมวัย โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องใครเล่าจะเข้าใจเรา ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแล้วให้พิจารณาและคิดตาม แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 3 การแสดงความรักความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแก้ไขปัญหาอารมณ์เศร้าอันเกิดจากปัญหาการขาดความรักจากพ่อแม่ โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องผลกระทบถึงลูกจากปัญหาที่พ่อแม่หย่าร้างกัน ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 4 การให้อิสระต่อกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาอารมณ์	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการ
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงคสุวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	เศร้าที่เกิดจากการขาดอิสรภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความไม่เข้าใจระหว่างสมาชิกกลุ่มกับพ่อแม่ สาเหตุที่เกิด และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วสมาชิกกลุ่มมีวิธีแก้ไขปัญหายังไร เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องความรักของแม่ ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตาม แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติตามตัวเอง ครั้งที่ 5 การให้อิสระต่อกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อิสระแก่กันในการดำเนินชีวิต และแก้ไขปัญหาอารมณ์เศร้าอันเกิดจากบุคลิกภาพของตน โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องผู้กล้าอ้าวน ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการกิจกรรม
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงคสุวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	อภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 6 การแสดงน้ำใจช่วยเหลือกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจสภาพปัญหาการเงินของครอบครัวและรู้จักการแสดงน้ำใจช่วยเหลือกัน วิธีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสมโดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องหนี้ยุค IMF ให้กลุ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 7 การมีเวลาพักผ่อนร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มและพ่อแม่มีความเข้าใจกันและกัน ได้ดียิ่งขึ้น ได้มีเวลาใกล้ชิดสนิทสนมและพักผ่อนร่วมกัน และเพื่อแก้ไขปัญหาวาภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากพ่อแม่	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการ
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงศวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	ไม่มีเวลาให้ลูก โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องแพรวอยากไปเที่ยวกับพ่อแม่ ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 8 การมีประชาธิปไตยในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มและพ่อแม่มีความเข้าใจในเรื่องความถนัดในด้านการเรียนรู้ของลูกและส่งเสริมได้ถูกวิธี และแก้ไขปัญหาวาทะซึ่งเศร้าอันเกิดจากการไม่มีประชาธิปไตยในครอบครัว โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องพ่ออยากให้ด้ายเป็นหมอ ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
16. ผู้ศึกษา/ปี: ชนิตา อิงคสุวรรณ/ 2543 รูปแบบ: ผลการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผลและ อารมณ์กับการเสนอตัวแบบ ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	ครั้งที่ 9 การมีประชาธิปไตยในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้วิธีการเรียนที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ของตนเองดีขึ้นและเกิดความขยันหมั่นเพียรในการเรียนด้วยจิตใจที่แน่วแน่ และแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากการขาดประชาธิปไตยในครอบครัว โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องสอบตก ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวเองแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่ม คิดที่จะนำไปเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 10 ปัจฉิมนิเทศ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มพูดคุย อภิปราย และสรุปเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ได้จากการเสนอตัวแบบ และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า	
17. ผู้ศึกษา/ปี: อุบลวรรณ ทองเรือนดี/ 2544	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้	ดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษาปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
17. ผู้ศึกษาปี: อุบลวรรณ ทองเรือนดี/ 2544 รูปแบบ: การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling)	ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ - สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน โดยใช้กิจกรรมที่ 1 “เพื่อนคุณชื่ออะไร” - อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม - ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตัวตัวเองและกล้าเปิดเผยปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างอิสระ - ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยอมรับปัญหาทั้งของตนเองและเพื่อนสมาชิก โดยการให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างอิสระ โดยที่สมาชิกทุกคนตั้งใจฟังและซักถามในประเด็นที่สงสัย	เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษาปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินการกิจกรรม
17. ผู้ศึกษาปี: อุบลวรรณ ท่องเรือนดี/ 2544 รูปแบบ: การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling)	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด - ให้กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหของตน โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนตั้งใจฟังและช่วยเหลือกัน ให้กำลังใจกันและกัน และร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์การแก้ไขปัญหที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า - ยุติการให้การศึกษาครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้ในการทำกลุ่มครั้งนี้ไปทดลองใช้ และให้นำมาอภิปรายผลในการพบกันครั้งหน้า ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ - ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคย ใฝ่ใจกันและกันมากขึ้น และกล้าแสดงความคิดเห็น โดยใช้กิจกรรมที่ 2 - ให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้วิธีการแก้ไขและป้องกันภาวะซึมเศร้า	

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
17. ผู้ศึกษา/ปี: อุบลวรรณ ทองเรือนดี/ 2544 รูปแบบ: การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling)	ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ - ให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในตนเอง โดยใช้กิจกรรมที่ 3 “ค้นหาจุดแข็งของแต่ละคน” - ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง - ยุติการให้การศึกษาแบบกลุ่ม	
18. ผู้ศึกษา/ปี: เพ็ญพรรณ ชิดวาร/ 2545 รูปแบบ: พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ ทฤษฎีที่ใช้: การให้การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling)	โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทดลอง ได้เข้าดำเนินการทดลองระหว่าง 14 มกราคม - 20 กุมภาพันธ์ 2545 ร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ การให้กำรบ้านโดยให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีคิดอย่างมี	กิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาทีรวมเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 วัน ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดครบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
18. ผู้ศึกษา/ปี: เพ็ญพรรณ จิตสาร/ 2545 รูปแบบ: พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ ทฤษฎีที่ใช้: การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling)	เหตุผล จากการบันทึกเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่ทำให้เกิดอารมณ์ไม่เหมาะสม ฝึกวิเคราะห์ความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ดังกล่าว ส่งเสริมให้วิเคราะห์สถานการณ์ใหม่	
19. ผู้ศึกษา/ปี: สุนี ประเสริฐศรี/ 2548 รูปแบบ: การเสริมสร้างพลังอำนาจและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	กระบวนการบำบัด โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยน ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1.การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรมกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่มๆ ละ 5 คนๆ ละ 1 ครั้ง / สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรวมโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรวมโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
19. ผู้ศึกษา/ปี: สุนี ประเสริฐศรี/ 2548 รูปแบบ: การเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ทฤษฎีที่ใช้: แบบผสมผสาน (Integrative approach to counseling)	2.การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของตนเองของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 3.การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น 4.การปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ	พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษา โครงการศึกษาอิสระหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
20. ผู้ศึกษา/ปี: Nabkasorn et. Al., 2005 รูปแบบ: การออกกำลังกาย ทฤษฎีที่ใช้: สรีรวิทยา	กระบวนการบำบัด การทำ Group jogging โดยนำมาใช้ในการออกกำลังกายหลัก ในแต่ละ session จะเริ่มต้นด้วยการ warm-up 5 -10 นาที ต่อด้วยการวิ่ง jogging เป็นกลุ่มอีก 30 นาที และจบลงด้วย cool-down 5 – 10 นาที ไม่มีการควบคุมหรือการสอนอย่างเป็นทางการ ใครอยากวิ่งช้า เร็วอย่างไรก็ได้ อย่างไรก็ตาม ในทุก session จะมีครูฝึกที่จะคอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมและ	โปรแกรมการออกกำลังกายจะมีอยู่ 5 sessions ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ใช้เวลาทดลองรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ จากนั้นก็จะเปลี่ยนไปอยู่กลุ่มตรงข้ามอีก 8 สัปดาห์

ตารางที่ 4.1 แสดงรูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี รูปแบบและทฤษฎีที่ใช้	กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัด	จำนวนครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดระบบโปรแกรม/ผู้ดำเนินกิจกรรม
20. ผู้ศึกษา/ปี: Nabkasorn et. Al., 2005 รูปแบบ: การออกกำลังกาย ทฤษฎีที่ใช้: สรีรวิทยา	เข้มข้นจริงจัง โดยความเข้มข้นที่ว่าจะวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจ คงที่ไม่น้อยกว่า 50 % ของภาวะอัตราการเต้นของหัวใจที่มากที่สุดของ คน ๆ นั้น ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Karvonen	

ตารางที่ 4.2 แสดงชื่อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายการกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม

ชื่อเรื่อง	ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม								
		การให้ความรู้	การปรับเปลี่ยนความคิด	ทักษะการเผชิญปัญหา	ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม	การจัดกิจกรรมกับความเครียด	การสนับสนุนทางสังคม	การฝึกการผ่อนคลาย	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	มอบหมายการบ้าน
โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางปัญญา Cognitive Theory										
1.ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	รายกลุ่ม	/	/	/	/	/			/	/
2.ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำจังหวัดพิจิตร	รายกลุ่ม	/	/	/	/		/		/	
3.ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิง โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน	รายกลุ่ม	/	/	/	/		/		/	/

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายการกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการ ดำเนิน กิจกรรม รายการกลุ่ม/ รายบุคคล	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม								
		การให้ ความรู้	การปรับเปลี่ยน ความคิด	ทักษะการ เผชิญ ปัญหา	ทักษะการ แสดง ออกที่ เหมาะสม	การจัด การกับ ความ เครียด	การ สนับสนุน ทาง สังคม	การฝึก การ ผ่อนคลาย	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	มอบ หมาย การบ้าน
4.การใช้การวาดภาพเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3	รายการกลุ่ม			/	/	/	/	/		
5.ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการ เผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ตอนต้น	รายการกลุ่ม	/	/	/	/	/	/	/		
6.ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ต่อภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติ จังหวัดอุตรดิตถ์	รายการกลุ่ม	/	/	/	/	/	/	/	/	
7.ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณา เหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	รายการกลุ่ม	/	/	/	/	/	/	/	/	

ตารางที่ 4.2 แสดงชื่อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายการกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการดำเนินงาน กิจกรรม รายการกลุ่ม/ รายบุคคล	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม								
		การให้ ความรู้	การปรับเปลี่ยน ความคิด	ทักษะการ เผชิญ ปัญหา	ทักษะการ แสดง ออกที่ เหมาะสม	การจัด การกับ ความ เครียด	การ สนับสนุน ทางสังคม	การฝึก การ ผ่อนคลาย	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	มอบ หมาย การบ้าน
8.ผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	รายการกลุ่ม	/	/	/	/				/	/
9.ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้า ของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์	รายการกลุ่ม	/	/	/	/		/		/	/
โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทาง มนุษยวิทยา										
1. ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกรู้สึกเห็น คุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น หญิงที่ถูกทารุณกรรม	รายการกลุ่ม	/		/	/	/		/		

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายการกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม (ต่อ)

ชนิดการดำเนินงาน	ชนิดการดำเนินงาน	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม								
		การให้ ความรู้	การปรับเปลี่ยน ความคิด	ทักษะการ เผชิญ ปัญหา	ทักษะการ แสดง ออกที่ เหมาะสม	การจัด การกับ ความ เครียด	การ สนับสนุน ทางสังคม	การฝึกการ ผ่อนคลาย	การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	มอบ หมาย การบ้าน
ข้อเรื่อง										
2.ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อ คุณค่าแห่งตนและ ภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิง ที่กระทำคามผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์	รายการกลุ่ม	/		/	/					
3.ผลของการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิง จิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าใน ตนเองต่ำและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น	รายการกลุ่ม			/	/	/	/	/		
4.ผลการใช้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น	รายการกลุ่ม	/		/	/	/	/			

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการดำเนินงาน/กิจกรรม/กลุ่ม/รายบุคคล	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม								
		การให้ความรู้	การปรับเปลี่ยนความคิด	ทักษะการเผชิญปัญหา	ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม	การจัด การกับความเครียด	การสนับสนุนทางสังคม	การฝึก การผ่อนคลาย	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	มอบหมาย การบ้าน
โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสรีรวิทยา										
1.ผลของการเต้นแอโรบิคต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	รายกลุ่ม	/					/	/		
2. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms	รายกลุ่ม							/		
โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบผสมผสาน										
1.ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่	รายกลุ่ม	/	/			/		/		

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายการกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม (ต่อ)

ข้อเรื่อง	ชนิดการดำเนินงาน กิจกรรม รายการกลุ่ม/ รายบุคคล	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม								
		การให้ ความรู้	การปรับ เปลี่ยน ความคิด	ทักษะการ เผชิญ ปัญหา	ทักษะ การแสดง ออกที่ เหมาะสม	การจัด การกับ ความ เครียด	การ สนับสนุน ทางสังคม	การฝึก การ ผ่อนคลาย	การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม	มอบ หมาย การบ้าน
2. ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทวนิยม ร่วมกับการฝึกหัดระโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	รายการกลุ่ม	/	/	/	/		/	/	/	/
3. การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษา แบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัว แบบที่มีการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	รายการกลุ่ม	/		/	/		/		/	/
4. ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของ วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี	รายการกลุ่ม	/	/			/	/	/		/

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อเรื่อง/ชนิดการดำเนินงานกิจกรรม (รายการกลุ่ม/รายบุคคล)/กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม (ต่อ)

ข้อเรื่อง	ชนิดการดำเนินงาน กิจกรรม รายการกลุ่ม/ รายบุคคล	กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม								
		การให้ ความรู้	การปรับ เปลี่ยน ความคิด	ทักษะการ เผชิญ ปัญหา	ทักษะการ แสดง ออกที่ เหมาะสม	การจัด การกับ ความ เครียด	การ สนับสนุน ทางสังคม	การฝึก การ ผ่อนคลาย	การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม	มอบ หมาย การบ้าน
5.การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	รายการกลุ่ม	/	/	/	/		/			

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งในการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาได้อภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับ คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างและสถานที่ทำการวิจัย รูปแบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ในประเด็นเกี่ยวกับทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ผู้ดำเนินกิจกรรม กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม และผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

ในการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์รวมทั้งหมด 20 เรื่อง จากทั้งหมด 960 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 16 เรื่อง เป็นเรื่องที่ตีพิมพ์ในวารสารจำนวน 3 เรื่อง และเป็นเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ในต่างประเทศจำนวน 1 เรื่อง เมื่อนำผลงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Quasi-experimental study ซึ่งอยู่ในระดับ B ทั้งหมด 20 เรื่อง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงรูปแบบการวิจัยจะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และไม่ได้มีการสุ่มเข้ากลุ่ม นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยมีการวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเท่านั้น ถึงแม้ว่าจากผลการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงทุกการศึกษา แต่เนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลาในการศึกษา ทำให้ไม่ได้มีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว ซึ่งผลจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นส่วนใหญ่จะคงอยู่ประมาณ 6-11 เดือนภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Spence & Shortt, 2007) ข้อมูลที่สรุปได้ข้างต้นสามารถเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยในการพิจารณาที่จะให้โปรแกรมเข้าไปในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อกระตุ้นให้ผลที่ได้ยังคงอยู่

กลุ่มตัวอย่างและสถานที่ทำการวิจัย

งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (12 เรื่อง) แต่มีบางงานวิจัยที่เลือกศึกษาในเฉพาะเพศหญิง (5 เรื่อง) หรือในเฉพาะเพศชาย (3 เรื่อง) ถึงแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า ภาวะซึมเศร้าพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Brage, 1995; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) แต่เนื้อหาของโปรแกรมส่วนใหญ่ไม่ระบุว่าพัฒนาเฉพาะสำหรับเพศใดเพศหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามการที่พัฒนาโปรแกรมเฉพาะเพศอาจมีความจำเป็น โดยเฉพาะปัญหาหรืออาการที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและเพศชายจะแตกต่างกัน โดยที่ในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกผิด ไม่พอใจในรูปร่างของตนเอง โทษตนเอง รู้สึกผิดหวังในตนเอง รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน และการนอนหลับมากกว่าวัยรุ่นชายที่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่วัยรุ่นชายที่ซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเฉย ไม่ยินดีในร้ายมากกว่าวัยรุ่นหญิง (Bennett, Ambrosini, Kudes, Metz, & Rabinovich, 2005) ดังนั้นการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบแยกเพศ อาจเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น

นอกจากปัจจัยเรื่องเพศแล้ว ระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างยังส่งผลถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยโปรแกรมของงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นโปรแกรมการป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในวัยรุ่นทุกคน ในการศึกษาครั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในวัยรุ่นในโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโชเชตและคณะ (Shochet et al., 2001) ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) ที่ทำการศึกษาในโรงเรียนช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ผลดีในกลุ่มนักเรียนที่มีระดับซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งไปยังกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์และสถานพินิจ วัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกอร์และเจลคอฟ (Berger & Gelkopf, 2009) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติซึ่งมีพบว่า นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับซึมเศร้าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรม

รูปแบบโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม จากผลการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้ทฤษฎีอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งแนวคิดทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมมากที่สุด โดยแนวคิดทฤษฎีทางปัญญา แบ่งออกเป็นได้เป็น ทฤษฎีทางพฤติกรรมปัญญาเบ็ค (Beck, 1976) และทฤษฎีเกี่ยวกับการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของเอลลิส (Ellis, 1957) ซึ่งเบ็ค (Beck, 1976) อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบแล้วก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และการบำบัดทางปัญญานี้เป็นจิตบำบัดเพื่อให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามลำดับ ในขณะที่ เอลลิส (Ellis, 1957) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยเฉพาะความคิดที่มีเหตุผลไม่เหมาะสมจะส่งผลถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา หลังจากที่ยุวชนได้รับการให้การปรึกษาซึ่งเป็นการฝึกให้วัยรุ่นคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง แทนความคิดความเชื่อเดิมที่มีเหตุผลไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทางพฤติกรรมปัญญาเป็นโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ (Sburlati, Schniering, Lyncham, & Rapee, 2011) เหตุผลที่โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทางพฤติกรรมปัญญามีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากกว่าทฤษฎีอื่นๆ อาจเป็นเพราะว่าลักษณะของโปรแกรมมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจน ทำให้ผู้ใช้โปรแกรมสามารถที่จะปฏิบัติตามได้ในทิศทางเดียวกัน

นอกเหนือจากการใช้ทฤษฎีทางปัญญาในการพัฒนาโปรแกรมแล้ว ยังมีงานวิจัยที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมนุษยวิทยา โดยแบ่งเป็น การให้การปรึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling) และการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) ซึ่งจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบภวนิยม คือการช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญของความหมายในชีวิต การตอบสนอง ความเป็นอิสระ และความมีศักยภาพในตนเอง (Gladding, 2004) ส่วนการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ มีแนวคิดว่ามนุษย์มีสมรรถนะในตนเอง แต่ละบุคคลจะมีพลัง มี

ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการตระหนักในตนเอง (ฟิลาสิณี วงษ์นุช, 2549) การให้การปรึกษาแบบนี้นี้เหมาะที่จะใช้กับวัยรุ่นที่มีปัญหาการไม่ตระหนักถึงความรู้สึก ความต้องการ หรือปัญหาที่แท้จริงของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับความรู้สึก หรือปัญหานั้น ๆ เป้าหมายของการบำบัดคือ เพิ่มการมีสติรู้ตัว และการรับรู้ถึงประสาทสัมผัสต่างๆจะทำให้วัยรุ่นตระหนักถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไข อันนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าลงได้ จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมนุษยวิทยานั้นมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทางพฤติกรรมปัญญา อาจเป็นเพราะเนื่องจากทฤษฎีทางมนุษยวิทยามีความเป็นนามธรรมสูง ซึ่งในบางครั้งอาจเป็นข้อจำกัดในการนำเอาโปรแกรมไปใช้เพราะรูปแบบและวิธีการขึ้นกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาที่เป็นวัยรุ่น และในบางครั้งวัยรุ่นอาจไม่สามารถเข้าใจแนวคิดที่เป็นนามธรรมได้ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เป็นข้อจำกัดของการทำวิจัยการประเมินผลโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมนุษยวิทยา

ผลจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบผสมผสาน ซึ่งอาจมีการผสมผสานระหว่างทฤษฎีทางปัญญา ทฤษฎีทางพฤติกรรม ทฤษฎีทางพฤติกรรมปัญญา ทฤษฎีทางมนุษยวิทยา ตัวอย่างเช่น การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีร่วมกับการฝึกหัดหฐะโยคะ (ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545) การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการเสนอตัวแบบ (ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543) การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด (สุนี ประเสริฐศรี, 2548) นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสตรีวิทยา ซึ่งอธิบายว่า การออกกำลังกายสามารถช่วยลดระดับฮอร์โมนความเครียดและส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหลากหลายรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้ดำเนินกิจกรรม จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโทจากสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีนั้นๆ และมีทักษะในการที่จะดำเนินโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพตามที่โปรแกรมได้พัฒนาไว้ เช่น ก่อนที่จะใช้โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดพฤติกรรมปัญญา ผู้ดำเนินโปรแกรมจะต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมก่อนเริ่มดำเนินการ นอกจากนี้ซัฟนุราติและคณะ (Sburlati, Schniering, Lyncham, & Rapee, 2011) ยังให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมจะมีประสิทธิภาพหรือไม่

ขึ้นกับความสามารถของผู้ดำเนินโปรแกรม ดังนั้นความสามารถของผู้ดำเนินกิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่ามีกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

การให้ความรู้ การให้ความรู้เป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาวิเคราะห์มากที่สุด (จำนวน 16 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ปัจจัยและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาของแต่ละงานวิจัย เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกการสร้างจินตภาพ โดยอธิบายให้ทราบถึงความหมาย ประโยชน์ และขั้นตอนกระบวนการในการสร้างจินตภาพ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ (จารุณี มโนรา, 2546; ศรีวิไล โมกขาว, 2549) การให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ความสำคัญของความคิดอัตโนมัติและความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับภาวะซึมเศร้า (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) ในงานวิจัยบางเรื่องได้อธิบายขั้นตอนของกิจกรรม เช่น โปรแกรมการเดินแอโรบิก การฝึกโยคะ ในเรื่องของการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ข้อควรปฏิบัติ ข้อห้าม หรือข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนและขณะออกกำลังกาย การแต่งกายสำหรับการเดินแอโรบิก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการร่วมกิจกรรม นอกจากการให้ความรู้ ยังพบว่า ก่อนเริ่มกิจกรรมมีการปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ การแนะนำตัวเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และสร้างบรรยากาศในการทำกิจกรรม ให้สมาชิกรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยตนเองถึงความรู้สึกที่แท้จริงรวมถึงปัญหาที่คับข้องใจ บอกวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการโปรแกรม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม รวมถึงระยะเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการทำกิจกรรมตลอดทั้งโปรแกรม และสิ่งที่จะเกิดขึ้นและประโยชน์ของโปรแกรม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ก่อนเริ่มโปรแกรมในแต่ละเรื่องจะต้องมีการให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ของแนวคิดทฤษฎีกับภาวะซึมเศร้า เพื่อสมาชิกจะได้นำพื้นฐานความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเองต่อไป

การปรับเปลี่ยนความคิด เป็นความสามารถในการคิดที่จะเป็นส่วนช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา เพื่อค้นหาทางเลือกต่าง ๆ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก และสามารถนำประสบการณ์มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนความคิดเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาวิเคราะห์มากเป็นอันดับสาม (จำนวน 13 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดทำได้โดยการฝึกพูดกับตนเองทางบวก การเห็นคุณค่าแห่งตน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การตรวจสอบความคิด ทักษะการหยุดความคิด เป็นต้น เช่น การฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบกับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบเพื่อให้บุคคลมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทักษะการให้ ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป (อัญชลี นัตรแก้ว, 2546) การฝึกค้นหาคำพูดทางลบโดยใช้สติที่จะจับต้นคำพูดทางลบของตัวเองและฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจของตัวเอง เป็นการเรียนรู้ถึงวิธีที่จะช่วยในการหยุดความคิดทางลบ ฝึกปฏิบัตินำเทคนิคหยุดความคิดมาใช้ และการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกปฏิบัติ

ทักษะการเผชิญปัญหา เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีระบบ ไม่เกิดความเครียดทางกายและจิตใจ จนอาจลุกลามเป็นปัญหาใหญ่โตเกินแก้ไข ทักษะการเผชิญปัญหาเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาวิเคราะห์มากเป็นอันดับสอง (จำนวน 15 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างสรุปเปรียบเทียบกับสิ่งที่รับรู้จากการพูดกับตัวเองทางบวกและทางลบเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา การให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยให้เขียนถึงสถานการณ์ใน 1 วัน ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่มีความสุข และจดบันทึกประโยคที่พูดกับตัวเองในขณะนั้นไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างคิดอย่างไรต่อตนเองและต่อสถานการณ์นั้นบ้างตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับสถานการณ์ ขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ และหลังจากสถานการณ์นั้นๆ ผ่านไปแล้ว และเมื่อได้ทบทวนตัวเองแล้วกลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะพูดกับตัวเองทางบวกต่อสถานการณ์นั้นใหม่อย่างไร เพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนคำพูดให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ

การทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหา ประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเคยใช้ เรียนรู้ถึงหลักการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติทักษะในการแก้ไขปัญห และเสริมสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญห แบบฝึกหัดการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับเหตุการณ์เสี่ยงต่างๆ และทักษะการสื่อสาร เช่น สำรวจเหตุการณ์เสี่ยง สี ท่าทีบุคคล เช่น ปัญหาของสุดา เพื่อนใหม่ ไม่มีใครผิด ปฏิเสธอย่างไรไม่เสียเพื่อน

ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำนักศึกษาวิเคราะห์หามากเป็นอันดับสอง (จำนวน 15 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม เช่น ให้สมาชิกมองสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจในแง่บวกตามความเป็นจริง เปิดกว้างต่อประสบการณ์และมุมมองใหม่ๆ มองเห็นความคิดทางบวกของตนเองและสามารถนำความคิดทางบวกของตนเองมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกคนอื่นได้ เพื่อให้สมาชิกประเมินตัวเองและฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล เพื่อให้สมาชิกสามารถประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาของตนเองได้ การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ เพื่อประเมินความสามารถนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในสถานการณ์จริงของสมาชิก และประเมินผลตัวเองจากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก และ การทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะกล้าแสดงออก สามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม

การจัดการกับความเครียด เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายความเครียดและแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียดเป็นกิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำนักศึกษาวิเคราะห์เป็นอันดับห้า (จำนวน 8 เรื่อง ในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การสร้างจินตภาพ การวาดภาพ การเดินแอโรบิค การฝึกโยคะ การจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้า ไร้ความหมาย โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตระหนักถึงรูปแบบการกระทำและความคิดที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง อันนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้าและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขตามความเหมาะสมของแต่ละคน

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำนักศึกษาวิเคราะห์หามากเป็นอันดับสาม (จำนวน 13 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธี

ที่นำมาใช้ในการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การร่วมกันสรุปการเรียนรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม การแนะนำแหล่งข้อมูลและวิธีการที่ช่วยส่งเสริมต่อการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก การเสริมสร้างและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจและมีแนวคิดที่ดีในการดำเนินชีวิต โดยแจกเอกสารที่เป็นข้อความตัวอย่างที่ช่วยสร้างมุมมองทางบวกและแจกเนื้อเพลงที่ให้แง่คิดและกำลังใจ พร้อมทั้งเปิดเพลงและให้กลุ่มตัวอย่างร้องเพลงร่วมกัน การให้สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้รับจากประสบการณ์ในกลุ่ม สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเข้ากลุ่มทำให้วัยรุ่นมีโอกาสได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม ได้ฝึกทักษะ เทคนิคต่างๆ กับกลุ่ม รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การให้กำลังใจจากสมาชิกภายในกลุ่ม

การฝึกการผ่อนคลาย เป็นทักษะทำให้บุคคลมีความรู้สึกผ่อนคลาย พัฒนาความมั่นใจในการควบคุมตนเอง และสามารถจัดการตนเอง ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่ใช้ควบคู่กับวิธีการอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียด มักนำมาประยุกต์ใช้ในพฤติกรรมบำบัดหลายแบบ (ทวิชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2544) การฝึกการผ่อนคลายเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาวิเคราะห์เป็นอันดับสี่ (จำนวน 9 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการฝึกการผ่อนคลาย ได้แก่ การสร้างจินตภาพ การวาดภาพ การเดินแอโรบิค การฝึกโยคะ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดและฝึกปฏิบัติ การให้นักเรียนแสดงความรู้สึกที่ถูกกระตุ้นด้วยเสียงเพลงและปลดปล่อยความรู้สึกผ่านการวาดภาพระบายสีโดยไม่มีข้อจำกัดใด ๆ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นความสามารถทำให้บุคคลมีพฤติกรรม การแสดงออกในทิศทางหรือรูปแบบอันเป็นที่พึงประสงค์หรือสอดคล้องเหมาะสม ให้ไปสู่ภาวะที่ดีกว่าและ เป็นที่ต้องการมากกว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาวิเคราะห์มากเป็นอันดับสอง (จำนวน 15 เรื่องในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายง่ายๆ กับตัวเอง เขียนประโยคที่จะพูดกับตัวเอง แล้วฝึกพูดกับตัวเองจนกว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้ การตระหนักรู้ในตนเองและพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน เพื่อให้มีความสำนึกถึงที่จะพัฒนาบุคลิกภาพ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง การตระหนักถึงขีดจำกัดของตนเอง มองเห็นปัญหาและอุปสรรคในการนำวิธีการดำเนินชีวิตที่ค้นพบในกลุ่มไปทดลองใช้จริง

การมอบหมายการบ้าน การบ้านหรืองานมอบหมายเป็นงานที่มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทำหรือฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง การมอบหมายการบ้านเป็นกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมา

ศึกษาวิเคราะห์เป็นอันดับหก (จำนวน 7 เรื่อง ในทั้งหมด 20 เรื่อง) ผลการศึกษาพบว่า วิธีที่นำมาใช้ในการมอบหมายการบ้าน ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ การให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรมไม่เฉพาะเพียงแต่ภาวะซึมเศร้าเท่านั้น โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังส่งผลในด้านอื่นๆอีกด้วย เช่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นในการประเมินประสิทธิผลที่ได้จากโปรแกรมพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรคำนึงถึงตัวชี้วัดด้านอื่นๆด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการประเมินผลที่ได้จากโปรแกรม

สรุป โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่นำมาศึกษามีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่อยู่ในโรงเรียน และวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งโปรแกรมส่วนใหญ่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมปัญญาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมากที่สุด

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย สามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 8 ส่วน คือ 1) คุณภาพความเพียงพอของงานวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่าง 3) สถานที่ทำการวิจัย 4) รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า 5) ผู้ดำเนินกิจกรรม 6) กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 7) ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 8) ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของการวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เมื่อนำงานวิจัย 20 เรื่องมาประเมินคุณภาพพบว่า เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) อยู่ในระดับ B ทั้งหมดจำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 16 เรื่อง งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในประเทศไทย 3 เรื่อง และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ จำนวน 1 เรื่อง และเมื่อพิจารณาสกัดข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือก พบว่าเป็นงานวิจัยที่มีวิธีการวิจัย และมีการใช้เครื่องมือในการศึกษาที่มีความเชื่อถือ จึงถือได้ว่ามีคุณภาพ และมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ เพศ พบว่ามีงานวิจัยที่ทำการศึกษาเฉพาะในเพศหญิง จำนวน 5 เรื่อง เฉพาะในเพศชาย จำนวน 3 เรื่อง ทำการศึกษาทั้งในเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 12 เรื่อง

ระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 16 เรื่อง ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 เรื่อง ไม่ระบุระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า แต่มีระดับคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จำนวน 2 เรื่อง

3. สถานที่ทำการวิจัย

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง พบว่า สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พบจากการศึกษาวิจัย ส่วนใหญ่ทำการศึกษาที่

โรงเรียน (12 เรื่อง) รองลงมาเป็นที่สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน/เรือนจำ (3 เรื่อง) กรมประชาสงเคราะห์และสถานสงเคราะห์เด็กชาย (3 เรื่อง) ศูนย์การศึกษาถูกผู้หญิง พุทธาวาส (1 เรื่อง) และพื้นที่ประสบภัยพิบัติ (1 เรื่อง) ตามลำดับ

4. รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งหมด จำนวน 20 เรื่อง พบว่ามีการใช้ทฤษฎีอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีที่ใช้สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม ดังนี้คือ

4.1 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางปัญญา มีจำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง แบ่งเป็น การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) จำนวน 1 เรื่อง การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory) จำนวน 6 เรื่องและ การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling) จำนวน 2 เรื่อง

4.2 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมนุษยวิทยา มีจำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง แบ่งเป็น การให้การปรึกษาแบบภาวะนิยม (Existential Counseling) จำนวน 2 เรื่อง การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) จำนวน 2 เรื่อง

4.3 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสรีรวิทยา มีจำนวนทั้งหมด 2 เรื่อง

4.4 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบผสมผสาน มีจำนวนทั้งหมด 5 เรื่อง แบ่งเป็น การสร้างจินตภาพร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 2 เรื่อง การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีร่วมกับการฝึกหัดทักษะโยคะ จำนวน 1 เรื่อง การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการเสนอตัวแบบ จำนวน 1 เรื่อง และการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 1 เรื่อง

5. ผู้ดำเนินกิจกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็น นักศึกษาระดับปริญญาโท โดยมาจากสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา สาขาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว สาขาวิชาการอนามัยชุมชน และเป็นพยาบาลวิชาชีพ

6. กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่ามีกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลาย โดยกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ (16 เรื่อง) การปรับเปลี่ยนความคิด (13 เรื่อง) ทักษะการเผชิญปัญหา (15 เรื่อง) ทักษะการแสดงออกที่

เหมาะสม (15 เรื่อง) การจัดการกับความเครียด (8 เรื่อง) การสนับสนุนทางสังคม (13 เรื่อง) การฝึกการผ่อนคลาย (9 เรื่อง) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (9 เรื่อง) และการมอบหมายการบ้าน (7 เรื่อง)

7. ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

จากการศึกษางานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่าจำนวนครั้งที่ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดมากที่สุด 24 ครั้ง และน้อยที่สุด 3 ครั้ง โดยเฉลี่ย 11 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เป็นเวลามากที่สุด 8 สัปดาห์ น้อยที่สุด 2 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 4 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลามากที่สุด 120 นาที น้อยที่สุด 15 นาที โดยเฉลี่ย 55-65 นาที

8. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ ภาวะซึมเศร้า (16 เรื่อง) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า (3 เรื่อง) สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า (1 เรื่อง) และผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ (ระดับ cortisol และ epinephrine ในปัสสาวะ) จำนวน 1 เรื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการให้การพยาบาลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลาย เช่น แนวคิดทางปัญญา แนวคิดทางมนุษยวิทยา เป็นต้น ดังนั้นการที่พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะนำเอาโปรแกรมหามาใช้ในการให้การดูแลทางการพยาบาลนั้น ควรต้องทำความเข้าใจในแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีนั้นๆ ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม โดยในบางโปรแกรมอาจต้องผ่านการอบรมความรู้ที่เฉพาะเกี่ยวกับโปรแกรม เช่น การอบรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมปัญญาและภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทำได้หลายวิธี โดยแต่ละวิธีอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องเทคนิค วิธีการฝึก ระยะเวลา และกิจกรรมการฝึก แต่อย่างไรก็ตาม

แนวทางการในการจัดกิจกรรมในแต่ละโปรแกรม สามารถสรุปหลักการที่สำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เป็น 2 ส่วนคือ การปรับแนวคิด และการปรับพฤติกรรม โดยการปรับแนวคิดอาจทำได้โดยการฝึกพูดกับตนเองทางบวก การเห็นคุณค่าแห่งตน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การตรวจสอบความคิด ทักษะการหยุดความคิด เป็นต้น ส่วนการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียด การฝึกการผ่อนคลาย เป็นต้น ซึ่งในการฝึกการปรับแนวคิด และพฤติกรรมดังที่กล่าวมา มีวิธีการฝึกหลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่น การสร้างจินตภาพ การวาดภาพ การเดินแอโรบิค การฝึกโยคะ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถประเมินกิจกรรมดังกล่าว และเลือกใช้กิจกรรมแบบผสมผสานให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมจะเป็นการจูงใจให้วัยรุ่นรู้สึกสนุกสนาน ไม่เกิดการเบื่อหน่าย และมีการแสดงออกมากขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือและสมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. จากการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรมไม่เฉพาะเพียงแต่ภาวะซึมเศร้าเท่านั้น โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังส่งผลในด้านอื่นๆอีกด้วย เช่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นในการประเมินประสิทธิผลที่ได้จากโปรแกรม พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรคำนึงถึงตัวชี้วัดด้านอื่นๆด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการประเมินผลที่ได้จากโปรแกรม

4. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่นำมาศึกษามีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่อยู่ในโรงเรียน และวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยรุ่นในสถานพินิจ หรือ ในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำเอาโปรแกรมที่ผ่านการทดสอบถึงประสิทธิผลแล้ว ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลกลุ่มวัยรุ่นในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบที่มีปัญหาซึมเศร้าต่อไป

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ มีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แต่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่วัดผล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และทำการศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการขยายผลของโปรแกรมในวัยรุ่นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนเด็กด้อยโอกาส กลุ่มเด็กที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON DEPRESSION PREVENTION PROGRAMS IN
ADOLESCENTS STUDYING IN THAILAND

ดวงพร คำชำนาญ 4937007 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (NURSING), พชรินทร์ นันทจันทร์,
Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อในการที่จะก้าวไปสู่การเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวและเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถผ่านพัฒนาการในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพของตนได้ จะเกิดความสับสนในบทบาทของตนเอง ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ปัญหาที่พบได้มากและควรได้รับการช่วยเหลือคือ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่รู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ รู้สึกผิดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมลอยหนี และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (วีระ ชูรุจิพร, 2542; Beck, 1967) ผลการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ค่อนข้างสูง ความชุกมีตั้งแต่ร้อยละ 8-30 ขึ้นอยู่กับวิธีการและประชากรที่ศึกษา (กรมสุขภาพจิต, 2553) และจากผลการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าของคนไทยในการศึกษาระดับชาติ ปี 2551 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนไทยอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไปถึง 1,311,797 คน (ธณินทร์ กองสุขและคณะ, 2551) เมื่อภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตาย

อันดับ 3 ในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2010) จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ทั้งนี้ เพราะมีความชุกและเป็นอันตรายสูง

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน ได้แก่ผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม ด้านผลกระทบต่อวัยรุ่นนั้น วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลเสียต่อการพัฒนาการด้านต่างๆ คือ ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และด้านสังคม ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผลการเรียนที่ตกต่ำลงในวัยรุ่น (Frojd et al., 2008) วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสภาวะเครียดในชีวิต (Colomba, Santiago, & Rossello, 1999) วัยรุ่นที่ซึมเศร้าบางรายมักมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ (Roberts, Glod, Kim, & Houchell, 2010) เมื่อภาวะซึมเศร้าถึงระดับที่รุนแรง อาจมีความคิดทำร้ายตนเอง ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (จันทนา เทศวัดนา, 2546; Hallfors et al., 2004) เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแล้ว ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้วจะเป็นผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และโรคซึมเศร้าได้ (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999) ในด้านผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อวัยรุ่นซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกรำคาญ ครอบครัวเกิดภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับ เรื่อง สถานภาพของครอบครัวในชุมชน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ กลัวการแบ่งแยกจากบุคคลอื่น และปฏิกิริยาจากสังคม เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Badger, 1996) ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ยังมีผลทำให้ครอบครัวมีความเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และยังเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นผลต่อการประกอบอาชีพและการปฏิบัติภารกิจอื่นๆ ของสมาชิกในครอบครัว (อรวรรณ หนูแก้ว, 2536) ด้านผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้รายงานภาพรวมภาระของโรค (Global burden of disease) โดยกล่าวถึงภาระที่เกิดจากการเป็นโรคซึ่งพิจารณาอัตราการตาย ผลกระทบของการตายก่อนวัยอันควร (premature death) และการสูญเสียความสามารถ (disability) พบว่าโรคทางจิตเวช จัดอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังรายงานสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 10 อันดับแรก โดยโรคซึมเศร้าอยู่ในอันดับที่ 2 ของสาเหตุของการสูญเสียความสามารถ (Murray & Lopez, 1997)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับเพื่อน ซึ่งปัจจัยระดับบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ เพศ โดยเพศที่แตกต่างกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่างกัน เพศหญิงจะมีภาวะ

ซึมเศร้ามากกว่าและบ่อยกว่าเพศชาย (Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพชนิดย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพชนิดพึงพิง บุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม บุคลิกภาพชนิดหวาดระแวง และผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิดก้าวร้าวกิ่ง (สุชาติ พหลภักย์, 2542; Betts, Gullone, & Allen, 2009; Lue, Wu, & Yen, 2010) นอกจากนี้บุคคลที่มีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดทักษะในการเผชิญกับความเครียดและความโกรธ ไวต่อความรู้สึก ชอบตำหนิตนเอง บุคลิกภาพที่แยกตนเองออกจากสังคม (มัทธนา นทีธาร, 2546; Neiss, Stevenson, Legrand, Iacono, & Sedikides, 2009) และการมีโรคประจำตัว หรือความพิการ ถือเป็นเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย การพลัดพราก และการทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกที่ตนเองแตกต่างไปจากบุคคลอื่น จึงเกิดความคิดต่อตนเองในทางลบ อันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ระวีวรรณ คำเงิน, 2545; Hoffmann & Su, 1998) ในด้านปัจจัยระดับครอบครัว จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำ (Najman, Hayatbakhsh, Clavarino, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2010) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีความขัดแย้งในครอบครัว (พรพิมล หล่อตระกูล, พรรณนิภา มีรสล้ำ และ ศศกร วิชัย, 2541; Young, Gallop, & Mufson, 2009) ในด้านปัจจัยระดับเพื่อน การที่วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน อาจเป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (จุลจราพร ศรีเพชร, 2544) และการที่โดนเพื่อนแกล้ง พุดจาล้อเลียน ทำให้ได้รับความอับอาย (Gomes, Davis, Baker, & Servonsky, 2009) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

จากผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันแบบครอบคลุม (Universal prevention) เป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นที่ให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าในทุกคน ไม่ว่าจะเป็นหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ก็ตาม ซึ่งการป้องกันในระดับนี้สามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สังคม ตัวอย่างเช่น โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า (ลลนา ประทุม, 2550) 2) การป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งไปยังวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่ในสถานพินิจ สถานสงเคราะห์ หรือกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ การป้องกันในระดับนี้เน้นที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นด้วยกระบวนการต่างๆ ตัวอย่างโปรแกรมในระดับนี้ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาในเยาวชนหญิงสถานสงเคราะห์ (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) 3) การป้องกันตามข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) เป็นการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วไม่ให้อาการมากขึ้น เป็นการผสมผสาน

ระหว่างการบำบัดรักษา (treatment) กับการฟื้นฟู (rehabilitation) ตัวอย่างโปรแกรมในระดับนี้ เช่น โปรแกรมบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการใช้ยาต้านเศร้าร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Asarnow et al., 2005) จะเห็นได้ว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะเห็นได้ว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นออกมาอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่มีหลักฐานการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นในโรงเรียนที่รับผิดชอบ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย ในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของแต่ละรูปแบบ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อันจะนำไปประยุกต์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

นิยามศัพท์

วัยรุ่น หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-25 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม และอยู่ในช่วงระหว่างการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปเป็นวัยผู้ใหญ่ จากภาวะที่ต้องพึ่งพานุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง (World Health Organization, 1999)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงงูใจ ร่างกาย พฤติกรรม แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มี ความคิดด้านลบ ต่อตนเอง โลก และอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Beck, 1967) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) หรือใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI-I]) หรือใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory [CDI])

โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น หมายถึง กระบวนการหรือแผนการจัด กิจกรรมโดยใช้การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยลด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันแบบ ครอบคลุม (Universal prevention) เป็นการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในวัยรุ่นทุกคน 2) การป้องกันแบบเลือกกลุ่ม (Selective prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งไปยังกลุ่ม ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3) การป้องกันตามข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) เป็นการลดภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วไม่ให้มีอาการมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะโปรแกรมการ ป้องกันแบบครอบคลุมและการป้องกันแบบเลือกกลุ่ม

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา ในประเทศไทย สามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 8 ส่วน คือ 1) คุณภาพความเพียงพอานวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่าง 3) สถานที่ทำการวิจัย 4) รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า 5) ผู้ดำเนิน กิจกรรม 6) กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 7) ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการดำเนิน กิจกรรม 8) ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของการวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

เมื่อนำงานวิจัย 20 เรื่องมาประเมินคุณภาพพบว่า เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) อยู่ในระดับ B ทั้งหมดจำนวน 20 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ นักศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 16 เรื่อง งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในประเทศไทย 3 เรื่อง และงานวิจัยที่ ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ จำนวน 1 เรื่อง และเมื่อพิจารณากันกรองข้อมูลหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่คัดเลือก พบว่าเป็นงานวิจัยที่มีวิธีการวิจัย และมีการใช้เครื่องมือในการศึกษาที่มีความ เชื่อถือ จึงถือได้ว่ามีคุณภาพ และมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

เพศ พบว่ามีงานวิจัยที่ทำการศึกษาเฉพาะในเพศหญิง จำนวน 4 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ชราพร สนิทภักดี, 2545; พัทธรีน ฉายสุขศรี, 2551; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) เฉพาะในเพศชาย จำนวน 3 เรื่อง (จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ศรีวิไล โมกขาว, 2549) ทำการศึกษาทั้งในเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 12 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; ชนิตา อิงศวรรณ, 2543; นัฏฐฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; พยาม การดี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ ท่องเรืองดี, 2544) ไม่ระบุเพศ จำนวน 1 เรื่อง (Nabkasorn et al., 2005)

ระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุระดับของภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 16 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; พัทธรีน ฉายสุขศรี, 2551; พยาม การดี, 2551; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ ท่องเรืองดี, 2544; Nabkasorn et al., 2005) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 2 เรื่อง (นัฏฐฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงศวรรณ, 2543) ไม่ระบุระดับ คะแนนภาวะซึมเศร้า แต่มีระดับคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จำนวน 2 เรื่อง (ชราพร สนิทภักดี, 2545; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549)

3. สถานที่ทำการวิจัย

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง พบว่า สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พบจากการศึกษาวิจัยมีดังนี้

โรงเรียน จำนวน 12 เรื่อง (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548; นัฏฐฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงศวรรณ, 2543; พัทธรีน ฉายสุขศรี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ ท่องเรืองดี, 2544; Nabkasorn et al., 2005)

สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน/เรือนจำ จำนวน 3 เรื่อง (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ชราพร สนิทภักดี, 2545; พยาม การดี, 2551)

กรมประชาสัมพันธ์และสถานสงเคราะห์เด็กชาย จำนวน 3 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จารุณี มโนรา, 2546; ศรีวิไล โมกขาว, 2549)

ศูนย์การศึกษาถูกผู้หญิง พุทธาวาส จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546)

พื้นที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 1 เรื่อง (หทัยรัตน์ กุเกษมกิจ, 2550)

4. รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งหมด จำนวน 20 เรื่อง พบว่ามีการใช้ทฤษฎีอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีที่ใช้สามารถแบ่งออกเป็น กลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม ดังนี้คือ

4.1 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) มีจำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง แบ่งเป็น การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Theory) จำนวน 6 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; พัทธรี นาสสุขศรี, 2551; รัตนาพร วัฒนาภรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; หทัยรัตน์ กุเกษมกิจ, 2550) การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Counseling) จำนวน 2 เรื่อง (พยาม การดี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิดวร, 2545)

4.2 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางมนุษยวิทยา มีจำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง แบ่งเป็น การให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existential Counseling) จำนวน 2 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ชราพร สนิทภักดี, 2545) การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) จำนวน 2 เรื่อง (พิลาสิณี วงษ์นุช, 2549; อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

4.3 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางสรีรวิทยา มีจำนวนทั้งหมด 2 เรื่อง (อัมพร สร้อยบุญ, 2548; Nabkasorn et al., 2005)

4.4 โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบผสมผสาน มีจำนวนทั้งหมด 5 เรื่อง แบ่งเป็น การสร้างจินตภาพร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 2 เรื่อง (จารุณี มโนรา, 2546; ศรีวิไล โมกขาว, 2549) การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีร่วมกับการฝึกหัดหฐะโยคะ จำนวน 1 เรื่อง (ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545) การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการเสนอตัวแบบ จำนวน 1 เรื่อง (ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543) การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 1 เรื่อง (สุนี ประเสริฐศรี, 2548)

5. ผู้ดำเนินกิจกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็น นักศึกษาระดับปริญญาโทจากหลากหลายสาขาและเป็นพยาบาล ดังนี้

นักศึกษาปริญญาโทสาขากการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 11 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; พยาม การดี, 2551; พัชริน ฉายสุขศรี, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546; สุนี ประเสริฐศรี, 2548)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จำนวน 4 เรื่อง (นัทรฤติ กิจวิมลตระกูล, 2545; ชราพร สนิทภักดี, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว จำนวน 1 เรื่อง (รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาการอนามัยชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; Nabkasorn et al., 2005)

6. กิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่ามีกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลาย โดยกิจกรรม/กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

6.1 การให้ความรู้ จำนวน 16 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จารุณี มโนรา, 2546; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัทรฤติ กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พัชริน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

6.2 การปรับเปลี่ยนความคิด จำนวน 13 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จารุณี มโนรา, 2546; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัทรฤติ กิจวิมลตระกูล, 2545; ชราพร สนิทภักดี, 2545; พยาม การดี, 2551; พัชริน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546)

6.3 ทักษะการเผชิญปัญหา จำนวน 15 เรื่อง (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; นัทรฤติ กิจวิมลตระกูล, 2545; ชราพร สนิทภักดี, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พัชริน ฉายสุขศรี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

6.4 ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม จำนวน 15 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชราพร สนิทภักดี, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ กุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

6.5 การจัดการกับความเครียด จำนวน 8 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จารุณี มโนรา, 2546; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

6.6 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 เรื่อง (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนี ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ กุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อุบลวรรณ ทองเรือนดี, 2544)

6.7 การฝึกการผ่อนคลาย จำนวน 9 เรื่อง (จารุณี มโนรา, 2546; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549; รัตนาพร วัฒนากรณ์, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; Nabkasorn, et al., 2005)

6.8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 9 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พยาม การดี, 2551; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; หทัยรัตน์ กุเกษมกิจ, 2550; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546)

6.9 มอบหมายการบ้าน จำนวน 7 เรื่อง (ขวัญจิต มหาภิตติคุณ, 2548; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; ชนิตา อิงคสุวรรณ, 2543; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิตวร, 2545; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; อัญชลี นัทรแก้ว, 2546)

7. ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

จากการศึกษางานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวนทั้งหมด 20 เรื่อง พบว่า จำนวนครั้งที่ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดมากที่สุด 24 ครั้ง และน้อยที่สุด 3 ครั้ง โดยเฉลี่ย 11 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เป็นเวลามากที่สุด 8 สัปดาห์ น้อยที่สุด 2 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลามากที่สุด 120 นาที น้อยที่สุด 15 นาที โดยเฉลี่ย 55 – 65 นาที

8. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 20 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันออกไป ดังนี้

8.1 ภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 เรื่อง (ขวัญจิต มหาทิตติคุณ, 2548; จารุณี มโนรา, 2546; จริยา วัฒนโสภณ, 2544; จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551; ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล, 2545; พยาม การดี, 2551; พชริน ฉายสุขศรี, 2551; เพ็ญพรรณ ชิดวร, 2545; รัตนพร วัฒนากรณ, 2551; ลลนา ประทุม, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2549; สุนิ ประเสริฐศรี, 2548; หทัยรัตน์ ฤกษ์มกิจ, 2550; อัมพร สร้อยบุญ, 2548; อัญชลี ฉัตรแก้ว, 2546; อุบลวรรณ ทองเรืองดี, 2544)

8.2 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 เรื่อง (จริยา วัฒนโสภณ, 2544; ชราพร สนิทกดี, 2545; พิลาสินี วงษ์นุช, 2549)

8.3 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 เรื่อง (ชนิดา อิงคสุวรรณ, 2543)

8.4 ผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 1 เรื่อง (Nabkasorn, et al., 2005)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการให้การพยาบาลได้ดังนี้

1. จากการศึกษพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลาย เช่น แนวคิดทางปัญญา แนวคิดทางมนุษยวิทยา เป็นต้น ดังนั้นการที่พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะนำเอาโปรแกรมห้การดูแลทางการพยาบาลนั้น ควรต้องทำความเข้าใจในแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีนั้นๆ ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม โดยในบางโปรแกรมอาจต้องผ่านการอบรมความรู้ที่เฉพาะเกี่ยวกับโปรแกรม เช่น การอบรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมปัญญาและภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถทำได้ทั้งที่เป็นรายกลุ่มและรายบุคคล ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม ข้อดีจากการเข้ากลุ่ม คือ การที่วัยรุ่นมีโอกาสได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม ได้ฝึกทักษะ เทคนิคต่างๆ กับกลุ่ม รวมถึงการได้รับคำแนะนำ การให้กำลังใจจากสมาชิกภายในกลุ่ม นอกจากนี้การจัดกิจกรรมกลุ่มสามารถทำได้ครั้งละหลายคนซึ่งนับว่ามีความคุ้มค่า สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อาจต้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรพิจารณาตามความเหมาะสมของวัยรุ่นแต่ละราย

3. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทำได้หลายวิธี โดยแต่ละวิธีอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องเทคนิค วิธีการฝึก ระยะเวลา และกิจกรรมการฝึก แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการในการจัดกิจกรรมในแต่ละโปรแกรม สามารถสรุปหลักการที่สำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เป็น 2 ส่วนคือ การปรับแนวคิด และการปรับพฤติกรรม โดยการปรับแนวคิดอาจทำได้โดยการฝึกพูดกับตนเองทางบวก การเห็นคุณค่าแห่งตน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การตรวจสอบความคิด ทักษะการหยุดความคิด เป็นต้น ส่วนการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียด การฝึกการผ่อนคลาย เป็นต้น ซึ่งในการฝึกการปรับแนวคิด และพฤติกรรมดังที่กล่าวมา มีวิธีการฝึกหลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่น การสร้างจินตภาพ การวาดภาพ การเต้นแอโรบิค การฝึกโยคะ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถประเมินกิจกรรมดังกล่าว และเลือกใช้กิจกรรมแบบผสมผสานให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมจะเป็นการจูงใจให้วัยรุ่นรู้สึกสนุกสนาน ไม่เกิดการเบื่อหน่าย และมีการแสดงออกมากขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือและสมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. จากการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรมไม่เฉพาะเพียงแค่ภาวะซึมเศร้าเท่านั้น โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังส่งผลในด้านอื่นๆอีกด้วย เช่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นในการประเมินประสิทธิผลที่ได้จากโปรแกรม พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรคำนึงถึงตัวชี้วัดด้านอื่นๆด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการประเมินผลที่ได้จากโปรแกรม

5. จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่นำมาศึกษามีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่อยู่ในโรงเรียน และวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยรุ่นในสถานพินิจ หรือ ในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำเอาโปรแกรมที่ผ่านการทดสอบถึงประสิทธิผลแล้ว ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลกลุ่มวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่มีปัญหาซึมเศร้าต่อไป

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แต่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่วัดผล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และทำการศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการขยายผลของโปรแกรมในวัยรุ่นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนเด็กด้อยโอกาส กลุ่มเด็กที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น



A SYNTHESIS OF RESEARCH ON DEPRESSION PREVENTION PROGRAMS IN ADOLESCENTS STUDYING IN THAILAND

DOUNGORN KAMCHAMNAN 4937007 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D. (NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Adolescents, at the transitional stage, usually encounter several changes physically, mentally and socially. If the adolescents cannot pass this stage of life properly or if their personality cannot be well developed, they may be confused with their role in the society. Some adolescents are mentally fragile when they face the critical problems. Depression is recognized as one of the mostly-found problems among the adolescents, which should be properly solved. In general, depression is the deviation of emotion, cognition, body and behavior. The symptoms of depression include the sadness, discouragement, hopelessness, uselessness, fatigue, loss of appetite, insomnia, social escape, and so on. This can even result in the suicide committing (Veera Choorujiporn, 1999; Beck, 1967). The incidence of depression in adolescents abroad is quite high with the prevalence of 8-30% depending on the methodology and population studied (Department of Mental Health, 2010). The depression epidemiology survey on the depression among Thais conducted in 2008 reveals that 1,311,797 Thais aged over 15 years old faced the depression (Thorani Kongsuk et al., 2008). The depression, at the higher level, may result in the suicide committing. In USA, committing suicide is found as the third-ranked cause of death

among the adolescents aged 15-24 years old (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2010). From these statistics, it can be mentioned that depression in adolescents is one of the major mental health problems considered from its prevalence and danger.

Depression in adolescents results in various impacts on the adolescents, their family and society. The cognitive, mental, emotional and social development of the adolescents suffered from the depression is quite low. Further, their education is also affected (Frojd et al., 2008). The depressed adolescents cannot adjust themselves when encountering the stress (Colomba, Santiago, & Rossello, 1999). Some of them may exhibit the behavioral problems such as aggressiveness, alcohol drinking and smoking (Roberts, Glod, Kim, & Houchell, 2010). At the critical stage, the depressed adolescents may hurt themselves or even commit suicide (Chantana Thetwattana, 2003; Hallfors et al., 2004). Unfortunately, since the depression in adolescents is not solved properly, the emotional problems and depression in higher level are usually found among the adults (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999).

In regard to the impact on family, the family will be worried and stressful when its member is suffered from the depression. The reason is that the family is afraid of the instable social status in the community, communication problems with other people and social reaction. Some families even feel bad as if the depression is the sin (Badger, 1996). The depression in adolescents also affects the relationship, role and responsibility of the family due to the long-term period of treatment and nursing expenses. Thus, this can cause the burden to the family members (Orawan Nookaew, 1993). Concerning the social and national economic impact, the World Health Organization (WHO) has reported the global burden of disease on the premature death and disability). It was found that the psychiatric diseases can cause the higher disability when compared with other physical diseases. Besides, WHO revealed that depression is the second cause, among the top ten, of the disability (Murray & Lopez, 1997).

There are several factors that are related to the depression in adolescents. The factors can be divided into the personal, family and peer levels. The personal factor affecting the depression in adolescents is the gender. The women can be depressed more and frequently than the men (Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006). The

personality and some habits, for example, the obsessive-compulsive disorder, dependency personality, anti-social personality, paranoid, borderline personality, etc. can also cause the depression (Suchart Phaholpak, 1999; Betts, Gullone, & Allen, 2009; Lue, Wu, & Yen, 2010). The individual tending to be suffered from the depression usually have the low self-esteem and lack the skills of stress and anger management. They are very sensitive, always blame themselves and try to escape from the society (Manthana Natheetharn, 2003; Neiss, Stevenson, Legrand, Iacono, & Sedikides, 2009). The congenital disease or disability discourages the adolescents and makes them feel of loss of persons or objectives. Since the adolescents think that they are different from others in the society, they have negative attitude toward themselves and become finally depressed (Rawiwan Khamngern, 2002; Hoffmann & Su, 1998). In terms of the family factors, the family economy of the adolescents is quite low (Najman, Hayatbakhsh, Clavarino, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2010) whereas the relationship problems and conflicts can be found in the family (Pornpimol Lortrakul, Phannipha Meeroslam and Sasakorn Wichai, 1998; Young, Gallop, & Mufson, 2009). Concerning the peer level, if the adolescents are not accepted by their friends, they may feel of low self-esteem (Juljaraporn Sripetch, 2001). The adolescents usually teased and made fun of by their friends will be embarrassed (Gomes, Davis, Baker, & Servonsky, 2009). All aforementioned factors can lead to the depression in adolescents accordingly.

According to the impacts and related factors mentioned earlier, the depression prevention is required. The depression prevention in adolescents can be divided into three levels. First, the *universal prevention* intends to prevent the depression of all individuals both suffered and not suffered from the depression. Thus, the universal prevention can be conducted in all levels – personal, family, school, community, society. The example of the universal prevention is the depression and stress skills development program. (Lalana Prathum, 2007). Second, the *selective prevention* will focus on the depression-risky adolescents such as the adolescents in the houses of detention or the ones experienced the disaster. The depression of adolescents will be prevented by the use of various procedures and programs like the cognitive therapy for the female adolescents in the welfare houses (Anchalee Chatkaew, 2003). Third, the *indicated prevention* will reduce the depression of the depressed adolescents using the

treatment and rehabilitation. The prevention program includes the treatment of the depressed adolescents using the medicine together with the behavioral therapy (Asarnow et al., 2005). Hence, it can be noted that the depression in adolescents can be variously prevented depending on the actual problems and conditions of the depressed adolescents.

According to the literature review, several researches on the depression prevention programs have been published both domestically and internationally. However, the studies and literature reviews on this subject in Thailand are still unsystematic. The researcher, as the psychiatric and mental health nurse with the responsibility for the mental health promotion and depression prevention in adolescents, therefore had an interest in studying the synthesis of research on depression prevention programs in adolescents studying in Thailand. The study findings from this research are expected to further be applied as the guidelines for the psychiatric and mental health nurses to promote the mental health and prevent the depression in adolescents.

Objective of the Study

To synthesize the research on depression prevention programs in adolescents studying in Thailand in terms of the types and effectiveness of the programs.

Expected Outcomes and Benefits

The body knowledge related to the depression prevention programs in adolescents can be achieved and applied further to prevent the depression among the adolescents.

Definitions of Terms

Adolescent means the male and female individuals aged between 10-25 years old. At this transitional stage of life from adolescence to adulthood, several

physical, cognitive, emotional and social changes may be developed. The individuals will be more independent (World Health Organization, 2004).

Depression means the deviation of emotion, motivation, body and behavior. The individuals may feel depressed, discouraged, sad, useless and hopeless. These individuals usually have negative thinking on themselves, the world and even the future. They may lose the appetite and cannot sleep properly (Beck, 1967). The symptoms are generally evaluated either by the CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) Test, or Beck's Depression Inventory (BDI-I) Test or Children's Depression Inventory (CDI) Test.

Depression Prevention Programs means the procedures or activity plans that are conducted by the use of social treatment to enhance the self-confidence and reduce the depression in adolescents. The depression prevention programs are categorized in three levels: 1) the universal prevention solving the existing or possible depression of all adolescents, 2) the selective prevention with the emphasis on the target and risky adolescents, and 3) the indicated prevention tending to reduce the depression of the depressed adolescents. In this research, the universal prevention and the selective prevention were focused.

Methodology

This study was an analysis and synthesis of research studies which related to the depression prevention programs in adolescents. The study and review process were systematically based on evidence base practice as follows;

Search for information sources

1. *Data sources* were obtained from information resources, printed publications in both national and international resources and reliable electronic research as follow: Library of Mahidol University, Library of Chulalongkorn University, Library of Khon Kaen University, Library of Department of Mental Health, Library of Burapa University, Library of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric hospital, Thai LIS, Suicide Thai, and Thai research. Self-study research;

researcher studied related documents and followed the citation references for full text papers from Libraries of Universities and Library of public health institutes.

2. *Key Words search*: Key words in this study were “Depressive symptoms” “Depressive symptoms and adolescents”

3. *Inclusion Criteria are as follow*;

3.1 Sample groups: Thai adolescent

3.2 Type of intervention: It was research on the depression prevention programs in adolescents including either the universal prevention programs or the selective prevention programs

3.3 Research was either experimental or semi-experimental

3.5 Research resources can be completely accessed to the full Text and was published during 2000-2009.

Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

According to literature reviews, Evidence Base Practice which related to depression prevention programs in adolescents, data were analyzed and synthesized with academic references as follows;

1. Evaluation of Research Quality

Total numbers of related research studies were 20 which were later evaluated, analyzed and synthesized by evidence base practice. Evaluation of research quality can be ranked into 4 levels based on criteria of the Royal College of Physician of Thailand which are;

Level A: Refers to evidence derived from meta-analysis of randomized controlled trials or single randomized control trials.

Level B: Refers to evidence derived from at least one of meta-analysis which is randomized controlled trials or from concise and well-design research methodology, which is semi-experimental or no samplings exclusion of non-randomized controlled trials, Cohort-study, case control study.

Level C: Refers to evidence derived from descriptive study.

Level D: Refers to evidence derived from expert consensus.

Of all 20 selected research studies, based on the criteria of the Royal College of Physician of Thailand, all of them were classified on level B.

2. Data Extraction

Data extraction for analysis and synthesis of knowledge of depression prevention programs in adolescents processed under these considerations as follow;

2.1 Research design

2.2 Sample

2.3 Setting

2.4 Instruments

2.5 Intervention

2.6 Result

Findings

The synthesis of research on depression prevention programs in adolescents studying in Thailand can be divided into eight aspects as follows: 1) quality and sufficiency of research 2) sample 3) research sites 4) patterns of depression prevention programs 5) activity leaders 6) activities/strategies 7) time and frequency of activities and 8) outcomes of depression prevention programs:

Quality and Sufficiency of Research and Academic Referential Materials The evaluated 20 researches were regarded as the B-level quasi-experimental study. Most of them, namely, 16 titles were the researches that conducted by the master-degree students. Three titles were published in Thailand while one title was published abroad. Considered from the selective materials, research methodology and reliable instruments, these researches were qualified sufficiently for this study.

Sample The sample from the 20 researches owned the following characteristics:

Gender: Five researches were conducted with the emphasis on the female (Anchalee Chatkaew, 2003; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Jariya Wattanasophon, 2001; Nabkasorn et al., 2005; Patcharin Chaisuksri, 2008), three researches on the male (Jarunee Manora, 2003; Juthathip Prathinthong, 2008; Sriwilai Mokkhao, 2006); 12 researches on the female and the male (Khwanchit

Mahakittikhun, 2005; Chanida Inkhasuwan, 2000; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Phayam Karndee, 2008; Pilasinee Wongnuch, 2006; Phenphan Chitaworn, 2002; Rattaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Suneee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Amporn Soiboon, 2005; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Depression Levels: Sixteen researches indicated the mild to moderate level of depression (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Jariya Wattanasophon, 2001; Jarunee Manora, 2003; Juthathip Prathinthong, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002; Patcharin Chaisuksri, 2008; Phayam Karndee, 2008; Rattaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006; Suneee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Amporn Soiboon, 2005; Anchalee Chatkaew, 2003; Ubonwanna Reunthongdee, 2001; Nabkasorn et al., 2005); two researches indicating the moderate level of depression (Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000); and two researches not indicating the depression level but the low self-esteem scores (Charaporn Sanitphakdee, 2002; Pilasinee Wongnuch, 2006).

Research Setting The research sites from the 20 researches, used in the organization of depression prevention in adolescents, can be summarized as follows:

Schools: Twelve researches were conducted (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Patcharin Chaisuksri, 2008; Pilasinee Wongnuch, 2006; Phenphan Chitaworn, 2002; Rattaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Suneee Prasertsri, 2005; Amporn Soiboon, 2005; Ubonwanna Reunthongdee, 2001; Nabkasorn et al., 2005).

Houses of Children Detention and Protection/Jails: Three researches were conducted (Juthathip Prathinthong, 2008; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Phayam Karndee, 2008).

Department of Public Welfare and Welfare Home for Boys: Three researches were conducted (Jariya Wattanasophon, 2001; Jarunee Manora, 2003; Sriwilai Mokkhao, 2006).

Bhutthawas Learning Center for Women: One research was conducted (Anchalee Chatkaew, 2003).

Disaster Area: One research was conducted (Hathairat Khookasemkit, 2007).

Types of Depression Prevention Programs

The referential theories, used as the conceptual framework in the 20 researches on depression prevention programs in adolescents, can be divided into four groups as follows:

Programs developed by cognitive theories: Nine researches were conducted. One research was on the cognitive therapy (Anchalee Chatkaew, 2003); six researches on the cognitive behavior theory (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Juthathip Prathinthong, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Hathairat Khookasemkit, 2007); and two researches on the rational emotive behavioral counseling (Phayam Karndee, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002).

Programs developed by humanistic theories: Four researches were conducted. Two of them were the existential counseling (Jariya Wattanasophon, 2001; Charaporn Sanitphakdee, 2002) and the other two were the Gestalt counseling (Pilasinee Wongnuch, 2006; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Programs developed by physiological theories: Two researches were conducted (Amporn Soiboon, 2005; Nabkasorn et al., 2005).

Programs developed by the mixed theories: Five researches were conducted. Two of them were the mix of imagination and cognitive adjustment (Jarunee Manora, 2003; Sriwilai Mokkhao, 2006); one research was the mix of existential counseling and yoga practice (Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002), one research on rational emotive behavioral counseling (Chanida Inkhasuwan, 2000); and one research on the mix of empowerment and cognitive adjustment (Sunee Prasertsri, 2005).

Activity Leaders

From the 20 studied researches, most of the activity leaders were the master-degree students from various faculties and nurses as follows:

Master-degree students majoring in mental health and psychiatric nursing: Eleven researches were conducted (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Jarunee Manora, 2003; Juthathip Prathinthong, 2008; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006; Hathairat

Khookasemkit, 2007; Amporn Soiboon, 2005; Anchalee Chatkaew, 2003; Sunee Prasertsri, 2005).

Master-degree students majoring in counseling psychology:

Four researches were conducted (Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Pilasinee Wongnuch, 2006)

Master-degree students majoring in educational and counseling psychology: One research was conducted (Rattanaorn Wattanakorn, 2008).

Master-degree students majoring in community sanitation:

One research was conducted (Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Professional Nurses: Three researches were conducted (Jariya Wattanasophon, 2001; Phenphan Chitaworn, 2002; Nabkasorn et al., 2005).

Activities/Strategies

The activities and strategies used in the 20 researches can be summarized as follows:

Knowledge providing: Sixteen researches were conducted (Khwanichit Mahakittikhun, 2005; Jarunee Manora, 2003; Jariya Wattanasophon, 2001; Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006; Sunee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Anchalee Chatkaew, 2003; Amporn Soiboon, 2005; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Cognitive adjustment: Thirteen researches were conducted (Khwanichit Mahakittikhun, 2005; Jarunee Manora, 2003; Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006; Sunee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Anchalee Chatkaew, 2003).

Problem facing/management skills: Fifteen researches were conducted (Khwanichit Mahakittikhun, 2005; Jariya Wattanasophon, 2001; Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008;

Pilasinee Wongnuch, 2006; Phenphan Chitaworn, 2002; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sunee Prasertsri, 2005; Anchalee Chatkaew, 2003; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Assertive skills: Fifteen researches were conducted (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Jariya Wattanasophon, 2001; Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Pilasinee Wongnuch, 2006; Phenphan Chitaworn, 2002; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Sunee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Anchalee Chatkaew, 2003; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Stress management: Eight researches were conducted (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Jariya Wattanasophon, 2001; Jarunee Manora, 2003; Pilasinee Wongnuch, 2006; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Social support: Thirteen researches were conducted (Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Patcharin Chaisuksri, 2008; Pilasinee Wongnuch, 2006; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006; Sunee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Anchalee Chatkaew, 2003; Amporn Soiboon, 2005; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Relaxation practice: Nine researches were conducted (Jarunee Manora, 2003; Jariya Wattanasophon, 2001; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Pilasinee Wongnuch, 2006; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mokkhao, 2006, 2549; Amporn Soiboon, 2005; Nabkasorn, et al., 2005)

Behavioral adjustment: Nine researches were conducted (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Chanida Inkhasuwan, 2000; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002; Hathairat Khookasemkit, 2007; Anchalee Chatkaew, 2003).

Homework assignment: Seven researches were conducted (Khwanchit Mahakittikhun, 2005; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Chanida

Inkhasuwan, 2000; Patcharin Chaisuksri, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002; Sriwilai Mookhao, 2006; Anchalee Chatkaew, 2003).

Duration and frequency of programs

From the 20 researches that were analyzed and synthesized, the maximum value and the minimum value of activities were 24 and 3 times, respectively while the average value was 11 times. The therapy was conducted 2-3 times per week for 8 weeks (maximum), 2 weeks (minimum) and 4 weeks (on average). Each therapy lasted 120 minutes and 15 minutes for the maximum and minimum period, respectively. The average therapy period was about 55 – 65 minutes.

Outcomes of Depression Prevention Programs

The outcomes after the implementation of the depression prevention programs were different with the following conclusion:

Depression level: Sixteen researches were conducted (Khwanichit Mahakittikhun, 2005; Jarunee Manora, 2003; Jariya Wattanasophon, 2001; Juthathip Prathinthong, 2008; Chatruedee Kitwimoltrakul, 2002; Phayam Karndee, 2008; Patcharin Chaisuksri, 2008; Phenphan Chitaworn, 2002; Rattanaporn Wattanakorn, 2008; Lalana Prathum, 2007; Sriwilai Mookhao, 2006; Sunee Prasertsri, 2005; Hathairat Khookasemkit, 2007; Amporn Soiboon, 2005; Anchalee Chatkaew, 2003; Ubonwanna Reunthongdee, 2001).

Depression level and self-esteem: Three researches were conducted (Jariya Wattanasophon, 2001; Charaporn Sanitphakdee, 2002; Pilasinee Wongnuch, 2006).

Depression level and family relationships: One research was conducted (Chanida Inkhasuwan, 2000).

Depression level and Laboratory outcomes: One research was conducted (Nabkasorn, et al., 2005).

Implications and Recommendations of the Findings

The study findings from this research can be applied as the guidelines for further nursing practices and researches as follows:

For nursing practices

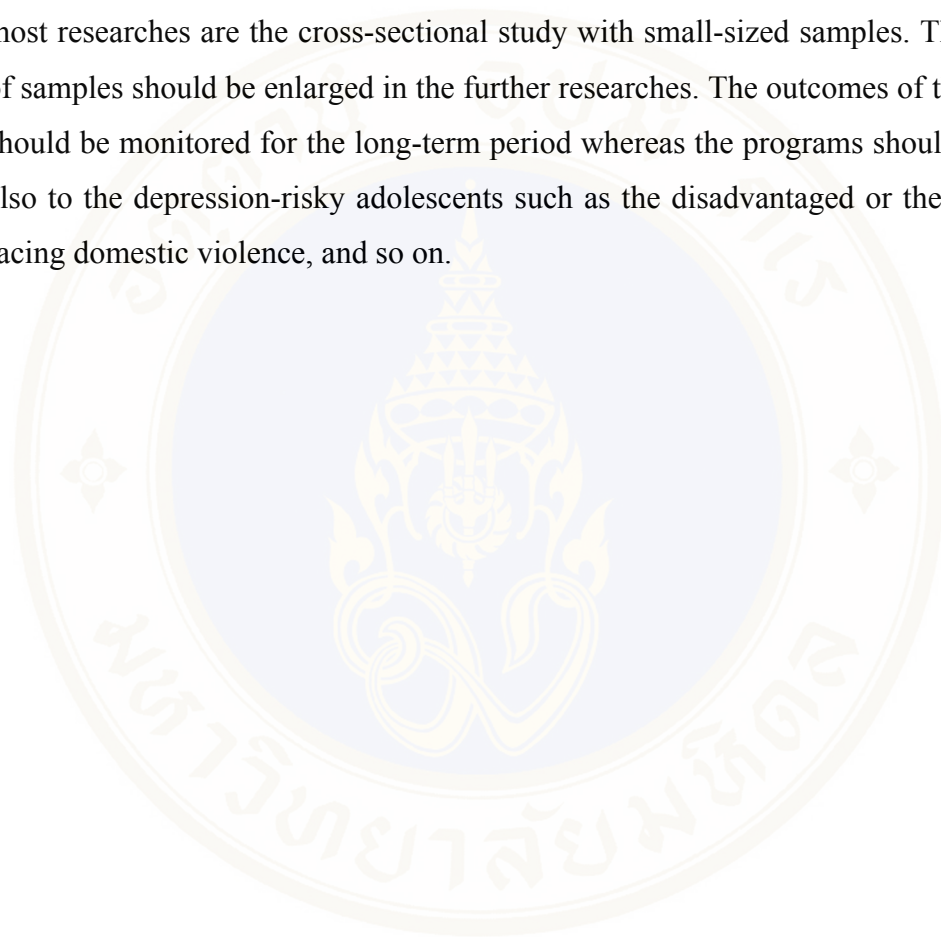
The body knowledge from the synthesis of research on depression prevention programs in adolescents can be applied in the nursing practices due to the following reasons:

1. Most of the depression prevention programs were normally developed from various concepts and theories such as the intellectual and anthropological concepts. To apply such programs in the nursing practices efficiently, the mental health and psychiatric nurses should therefore have the understanding on the related fundamental concepts and theories. In particular, the specific trainings must be provided for some programs, for example, the training on the intellectual and depression theories.
2. The depression prevention programs in adolescents can be conducted with a variety of methods. Each method may be differentiated in terms of the techniques, practices, time and types of activities. However, the main principles of the depression prevention programs in adolescents consist of the two dimensions, namely, the adjustment of concepts and behaviors. The conceptual adjustment can be done by the practices of positive self-talking, self-esteem, empowerment, improvement of thinking skills, and so on. For the behavioral adjustment, several methods can be practices such as facing with problems, stress management, relaxation, etc. Further, the imagination, drawing, aerobic dancing, yoga exercising can be applied to the adjustment of concepts and behaviors as well. The mental health and psychiatric nurses should be able to evaluate such activities so that the appropriate programs can be applied to the target adolescents. This is very important because the appropriate activities can encourage the adolescents to willingly participate in the depression prevention programs. These also enhance the effectiveness of the programs.
3. The outcome of the depression prevention programs not only can be applied to the depression but it also enhances the self-esteem and family relationship. As such, the mental health and psychiatric nurses should evaluate the program outcomes and, at the same time, consider the other indicators to make the evaluation more deliberate.
4. The depression prevention programs can reduce the depression of the general adolescents and risky adolescents in the houses of detention. Hence, the

mental health and psychiatric nurses should apply the tested programs further to the adolescents with depression conditions.

For nursing research

The depression prevention programs in adolescents, which were studied in this research, can reduce the depression of the adolescents efficiently. However, since most researches are the cross-sectional study with small-sized samples. Thus, the size of samples should be enlarged in the further researches. The outcomes of the programs should be monitored for the long-term period whereas the programs should be applied also to the depression-risky adolescents such as the disadvantaged or the adolescents facing domestic violence, and so on.



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. กรุงเทพฯ: ยูเร็นสอิมเมจ กรุ๊ป จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แบบประเมินและคัดกรองพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). การทบทวนองค์ความรู้ในการบำบัดการติดสารเสพติดในระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). คู่มือการให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาสุขภาพวัยรุ่นและปัญหาสารเสพติด. นนทบุรี.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กฤษฎา ชลวิริยะกุล และนงษา สิงห์วีระธรรม. (2546). ทักษะชีวิตกับการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น 12-17 ปีในระบบการศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพฯ. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปิพิชญา แสงเอื้ออังกูร และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2543). การคิดฆ่าตัวตายและภาวะอารมณ์เศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ขวัญจิต มหาภคิตคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญวงศ์ พิกุลทอง. (2553). การเสวนาเรื่อง Stop Teen Mom หยุดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2552 จาก <http://talkaboutsex.thaihealth.or.th/news/870>
- จริยา วัฒนโสภณ. (2544). ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9 (3).
- จารุณี มโนรา. (2546). ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จุฑาทิพย์ ประทินทอง. (2551). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุลจราพร ศรีเพชร. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา เทศวัดนา. (2546). ภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำลอง ดิษขณิช และพริ้มเพรา ดิษขณิช. (2546). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่, โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล. (2545). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการมีส่วนร่วมกับการฝึกหัดโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชราพร สนิทภักดี. (2545). ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนิดา อิงคสุวรรณ. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบที่มีต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ช่อเพชร เป้าเงิน. (2537). ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชาวนี ล่องชูผล. (2547). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ดวงมณี จงรักษ์. (2548). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. สงขลา: มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- ดวงใจ กสณติกุล. (2536). *โรคอารมณ์แปรปรวน*. ใน เกษม ต้นดีผลาชีวะ (บรรณาธิการ), *ตำรา จิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงใจ กสณติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศน ทวีคุณ. (2552). *พฤติกรรมรุนแรงในวัยรุ่น*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 23(1), 1-19.
- ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: ผลจากการสำรวจระบาด วิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551*. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2544). *วิทยาความเครียดทางจิตเวชศาสตร์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา.
- นุชลดา โรจนประภาพรรณ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการอบรมเลี้ยง ดูของบิดามารดากับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตอนต้น ศึกษาในโรงเรียน มัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจพร ปัญญา และคณะ. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็น*. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47, 39-47.
- เบญจวรรณ กิจวรรดี. (2552). *ประสิทธิผลของการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหา บัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2544). *รายงานการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพ สมรสของบิดามารดาและสภาพแวดล้อมในครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหา ทางอารมณ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมสันวิทยา*.
- ประดินันท์ อุปรมย์. (2543). *ครอบครัวกับนักเรียนวัยรุ่น*. ใน ปรีชา คัมภีร์ปกรณ์ (บรรณาธิการ), *พฤติกรรมวัยรุ่นหน่วยที่ 9-15* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ: อรุณการ พิมพ์.

- ปราโมทย์ สุทธิชัย. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(1), 35-49.
- ปรีชา สุวัจนตร. (2543). *ภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนม เกตุมาน. (2550). *พัฒนาการวัยรุ่น*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2553 จาก <http://www.Psyclin.co.th/new>
- พยาม การดี. (2551). *ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, และนพพร หิรัญวิวัฒนกุล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: เอกสารเผยแพร่สำนักงานป้องกันและปราบปรามสิ่งเสพติด.
- พิลาสินี วงษ์นุช. (2549). *ผลของการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรพิมล หล่อตระกูล, พรรณนิภา มีรสล้ำ และ ศศกร วิชัย. (2541). *ปัจจัยทางจิตสังคมในเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการที่ศูนย์สุขวิทยา*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(3), 226-238.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์. (2539). *พัฒนาการวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม.
- พัชริน ฉายสุขศรี. (2551). *ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิงโรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญพรรณ ชาติวร. (2546). *ผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล. (2546). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2): กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช ทับมณี. (2541). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑนา นทีธาร. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระวีวรรณ อุประมาณ. (2538). การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระวีวรรณ คำเงิน. (2545). ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนพร วัฒนการณ. (2551). การใช้การวาดภาพเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลลนา ประทุม. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวี เผ่ากันทรกร. (2548). ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย.
- วิไล กุปตันิรัดิศยกุล. (2540). การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D ในคนไทย. สารศิริราช, 49(5), 442-448.

- วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7(3).176-178.
- วัชร ทรัพย์มี. (2547). ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2538). อุบัติการณ์การเจ็บป่วยจิตเวชเด็ก. วารสารสมาคมจิตแพทย์. 21, 101.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- ศรีวิไล โมกขาว. (2549). ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย (เล่ม 2) วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2549). ข้อมูลสถิติ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2553 จาก <http://www.thanyarak.go.th>.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2546). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซต.
- สุชา จันทรเฒ. (2542). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุนิ ประเสริฐศรี. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, และรวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์. (2547). ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นในทม. พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง. วารสารกุมารเวชศาสตร์ มกราคม-มีนาคม 2547. (น. 127-137).
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ. (2549). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(4), 330-348.

- สุริยเดว ทรีปาตี. (2553). การเสวนาเรื่อง *Stop Teen Mom* หยุดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 เมษายน 2553 จาก <http://talkaboutsex.thaihealth.or.th/news/870>
- สัจจา ทาโต. (2550). บทความวิชาการเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 19-30. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2553 จาก <http://www.nurse.nu.ac.th/Journals/I/DocumentsA2.pdf>
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2545). *บทคัดย่องานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2540-2545*. กรุงเทพฯ.
- หทัยรัตน์ ฤกษ์มณี. (2550). *ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติ จังหวัดอุตรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณี เกสรอุบล. (2544). *การสำรวจความเครียดกับปัญหาครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา จ. นนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร สร้อยบุญ. (2548). *ผลของการเดินแอโรบิกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลวรรณ เรือนทองดี. (2544). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี นัครแก้ว. (2546). *ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรณพ หนูแก้ว. (2536). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคมการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัญญา แพจุ้ย. (2544). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางจิตสังคมของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อุมพร ตรังสมบัติ. (2549). *จิตบำบัดและการให้การปรึกษารอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: *ชั้นต่ำการพิมพ์*.
- อุมพร ตรังสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2535). *อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*: 41(4), 222-234.
- อุมพร ตรังสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นใน เขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(3), 162-173.
- อุมพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). *การใช้ CES-D ในการ คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42(1)
- อุบลวรรณ เรือนทองดี. *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. (Online). <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=201440007338>

ภาษาอังกฤษ

- Abel, M.H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *International Journal of Humor Research*, 15, 365-381.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P.M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., Duan, N., LaBorde, A. P., Rea, M. M., Murray, P., et al. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 311-319.
- Bao, A.M., Van Someren. (2004). Diurnal rhythms of free estradiol and cortisol during the normal menstrual cycle in women with major depression. *Journal of Hormones and Behavior*, 45, 93-102.
- Badger, T.A. (1996). Living with depression: Family member experiences and treatment needs. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34, 21-29.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect*. New York: Hoeber & Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (2005). Beck Depression Inventory-2nd edition. Retrieved April 29, 2005. From <http://cps.nova.edu/~cpphelp/BDI2.HTML>
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89, 35-44.
- Berger, R., & Gelkopf, M. (2009). School-based intervention for the treatment of tsunami-related distress in children: A quasi-randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78, 364-371.
- Betts, J., Gullone, E., & Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: a correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(Pt 2), 473-485.
- Brage, D. G. (1995). *Adolescent depression: A preview of literature. Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 45-53.
- Bruck, L., & Mayer, B. H. (2005). Adolescence. In Moreau, D. (Eds.), *Pediatric nursing made incredibly easy* (p.128-134). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Bush, N, F, Rudden, M. & Shapirip, T. (2004). Psychodynamic treatment of depression. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Canadian Paediatric Society. (2003). Age limits and adolescents. *Paediatrics & Child Health*. Retrieved September 22, 2010, from <http://www.cps.ca/english/statements/AM/ah0>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Online]. (2010). *National Center for Injury Prevention and Control, CDC (producer)*. Available from URL: www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html.
- Colomba, M. V., Santiago, E. S., & Rossello, J. (1999). Coping strategies and depression in Puerto Rican adolescents: an exploratory study. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 5, 65-75.
- Craft, I.I., & Perna, F.M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 103-111.
- Crowley, Y.J., Macdonald, M. J., Whitmore, E.A., & Mikulich, S.K. (1998) Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 225-237.

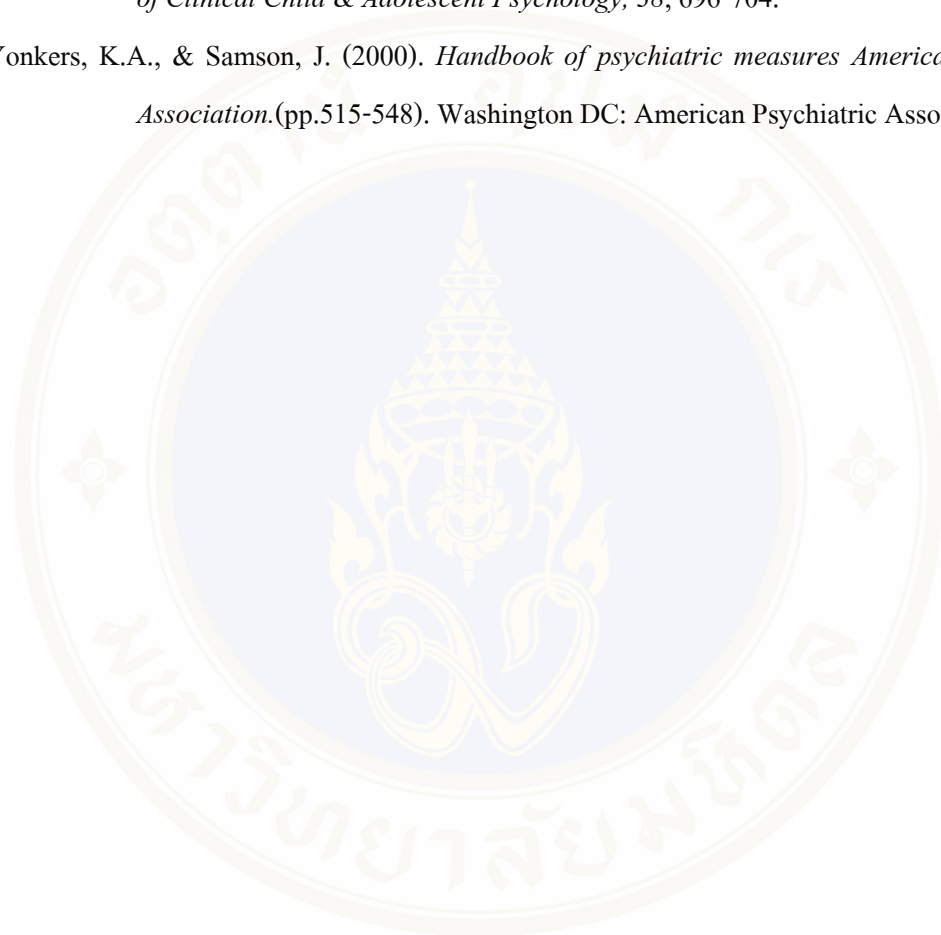
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. 2nd ed. New York: Norton.
- Frojd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A.-M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 485-498.
- Gomes, M. M., Davis, B. L., Baker, S. R., & Servonsky, E. J. (2009). Correlation of the experience of peer relational aggression victimization and depression among African American adolescent females. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22, 175-181.
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 224-231.
- Hamburg, B.A. (1998). *Psychosocial development, comprehensive adolescent health care*. 2nd ed. St. Louis: Mosby- Year.
- Harvey, R. (1995). *Exercise-the nature fix*. Retrieved February 12, 2005, from <http://www.medicineau.met.au/clinical/musculoskeletal/exercise.html>
- Hoffmann, J. P., & Su, S. S. (1998). Stressful life events and adolescent substance use and depression: conditional and gender differentiated effects. *Substance Use & Misuse*, 33, 2219-2262.
- Kapland, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Comprehensive text book of psychiatry/ volume 2*. (5th ed.). Baltimore: William & Wilkins.
- Kutcher, S. K., Kusumakar, V., & Santor, D., (2004). The characteristics of asymptomatic female adolescents at high risk for depression: The baseline assessment from a prospective 8-year study. *Journal of Affective Disorders*, 79, 177-185.
- Kuiper, N. A., & Martin, R. A. (2004). Humor and self-concept. *International Journal of Humor Research*, 6, 251-270.
- Lesyk, J. L. (1998). *Developing sport psychology within your clinical practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Landers, D. M. (2000). *The influence of exercise on mental health*. Retrieved February 12, 2005, From <http://www.fitness.gov/mentalhealth.html>

- Lewis, S., & Grainger, R. D. K. (1989). The patient with depression. In S. Lewia, K. D. R. Grainger, A. W. McDowell, J. R. Gregory, & L. R. Messner (Eds.), *Manual of psychosocial nursing intervention promoting mental health in medical-surgical setting* (pp.3-17). New York: W. B. Saunders.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lewinsohn, P. M. (1999). Psychosocial treatment for adolescent depression. *Clinical Psychology Review, 19*, 329-342.
- Li, C. E., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence, 41*, 409-415.
- Lue, B.-H., Wu, W.-C., & Yen, L.-L. (2010). Expressed emotion and its relationship to adolescent depression and antisocial behavior in northern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association, 109*, 128-137.
- Mash, E.J., & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal child psychology*. (2nd ed.). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Matson, L. (1989). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet, 349*, 1498-1504.
- Nabkasorn, C .Nobuyuki, M., Sootmongkol, A. (2005). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health, 16*, 179-84.
- Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health, 100*, 1719-1723.
- Nancy, L. G., Bonnine, J. L., & Erin, T. B. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development, 28*, 16-25.
- Neiss, M. B., Stevenson, J., Legrand, L. N., Iacono, W. G., & Sedikides, C. (2009). Self-esteem, negative emotionality, and depression as a common temperamental core: a study of mid-adolescent twin girls. *Journal of Personality, 77*, 327-346.

- Neinstein, L, S. (1996). *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. (3rd ed.). Philadelphia. Williams & Wilkins.
- Nezlek, J. B., & Derks, P. (2001). Use of humor as a coping mechanism, psychological; adjustment and social interaction. *International Journal of Humor Research*, 14, 395-413.
- Pataki, S. C. (2000). Mood disorder. In J. B. Sadock, & A. V. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of psychiatry V. II* (7th ed.) (pp. 1,024-1,036). New York: Williams & Wilkins.
- Patterson, C.A. (1996). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Parker, G., & Roy, K. (2001). Adolescent depression: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 572-580
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.
- Roberts, S. J., Glod, C. A., Kim, R., & Houchell, J. (2010). Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: implications for healthcare providers in student health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 369-375.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salmans, S. (1995). *Depression: Question you have... Answers you need*. (ณรงค์ ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai woman*. Doctoral' dissertation of Nursing Science, The University of Michigan, Michigan, U.S.A.
- Stahl, M,S. (2000). *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. United Kingdom: The press Syndicate of The University of Cambridge
- Sburlati, E. S., Schniering, C. A., Lynham, H. J., & Rapee, R. M. (2011). A model of therapist competencies for the empirically supported cognitive behavioral treatment of child and adolescent anxiety and depressive disorders. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 14, 89-109.

- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.
- Spence, S. H., & Shortt, A. L. (2007). Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 48, 526-542.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence* (5 th ed.) New York: McGraw-Hill.
- The Penn State Sport Psychology. (1997). *Psychological consequences of exercise and sport*. Retrieved April 21, 2003, from: <http://www.personal.psu.edu/faculty/s/m/sms18/kines321/consequences.html>
- Towey, K., & Fleming, M. (2003). *Critical objectives for adolescents*. American Medical Associations. Retrieved November 20, 2009, from <http://www.ama-assn.org/ana/pub/caterogy/1947.html>.
- Townsend, M. C. (1999). Mood disorder. In C. M. Townsend (Ed.), *Essentials of psychiatric/mental health nursing* (pp. 361-412). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Takakura, M., & Sakihara, S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 82-89.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental health reviews and overviews. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373-1384.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Waaktaar, T., Borge, A. I. H., Torgersen, S. (2003). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence-a longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, 27, 153-163.
- Weaar, C., & Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology from infancy through adolescence* (4th ed.) New York: McGraw Hill.
- World Health Organization. (1997). *Life Skill Education and adolescents in School*. Geneva.
- World Health Organization. (2004). Depression: What is depression. Retrieved November 19, 2006, from: http://www.who.int/mental_health/manangement/depression/definition/en.html

- William, T. (2003). Adjunct therapy. In K. M. Fortinash, & P.A. Holoday-Worret (Eds.). *Psychiatric mental health nursing* (pp. 566-576). New York: Mosby.
- Young, J. F., Gallop, R., & Mufson, L. (2009). Mother-child conflict and its moderating effects on depression outcomes in a preventive intervention for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 696-704.
- Yonkers, K.A., & Samson, J. (2000). *Handbook of psychiatric measures American Psychiatric Association*. (pp.515-548). Washington DC: American Psychiatric Association.





ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย

เรื่องที่	1
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น
ผู้แต่ง	ขวัญจิต มหากิตติคุณ
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเชียงใหม่ เขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2548 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุ 18 ปี จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) โดยใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรม และอารมณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงผลที่ได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเขียนประโยคการพูดกับตัวเองที่มีต่อสถานการณ์ที่กำหนดให้ด้วยการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง และมอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ 1 เรื่อง โดยเขียนประโยคการพูดกับตัวเองที่มีต่อสถานการณ์นั้นด้วยการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านสถานการณ์ตัวอย่าง จากนั้นให้ประเมินคำพูดและประโยคในใจของตนเองที่มีต่อสถานการณ์นั้น โดยใช้การเขียนประโยคในใจออกมาว่ากลุ่มตัวอย่างคิดอย่างไรต่อตนเองและต่อสถานการณ์นั้นบ้างตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับสถานการณ์ ขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ และหลังจากสถานการณ์นั้นผ่านไปแล้ว จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของคำพูด การคิด หรือประโยคในใจว่าส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของตัวเองอย่างไร และให้กลุ่มตัวอย่างคิดหาทางเลือกของประโยคหรือคำพูดที่เหมาะสมในการพูดกับตัวเองใหม่

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	มอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยให้เขียนถึงสถานการณ์ใน 1 วัน ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่มีความสุข และจดบันทึกประโยคที่พูดกับตัวเองในขณะนั้นไว้ และเมื่อได้ทบทวนตัวเองแล้วกลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะพูดกับตัวเองต่อสถานการณ์นั้นใหม่อย่างไร ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของการพูดกับตัวเองทางลบและประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน จากนั้นให้แนวทางแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการค้นหาคำพูดทางลบที่เกิดจากการทำงานของจิตใต้สำนึกของตัวเองด้วยการมีสติที่จะจับหันทักคำพูดที่บุคคลพูดกับตัวเองทางลบ และใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบของตัวเอง และฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบของตัวเอง โดยกำหนดสถานการณ์ตัวอย่างให้ฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบของตัวเอง และหาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดนั้น โดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า A Tripple-Column Technique แล้วให้กลุ่มตัวอย่างสรุปเปรียบเทียบเกี่ยวกับสิ่งที่รับรู้จากการพูดกับตัวเองทางบวกและทางลบเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ขั้นตอนที่ 4 กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก โดยสร้างสถานการณ์และให้กลุ่มตัวอย่างยกตัวอย่างวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 4-6 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ ผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลและวิธีการที่ช่วยส่งเสริมต่อการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายง่ายๆกับตัวเอง เขียนประโยค

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ที่จะพูดกับตัวเอง แล้วฝึกพูดกับตัวเองร่วมกับฝึกสังเกตตัวเอง เพื่อการตระหนักรู้ตัวเอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตัวเองด้วยการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่ได้รับจากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกพร้อมกับใช้แบบประเมินการพูดกับตัวเอง กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Between group ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	2
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการเดินแอโรบิกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ผู้แต่ง	อัมพร สร้อยบุญ
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการเดินแอโรบิกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา 2 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2547 ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี จำนวน 50 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 3) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 4) ไม่มีข้อห้ามหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอันตรายในการเดินแอโรบิก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชักประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจร่างกายเบื้องต้น 3) ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ นอกเหนือจากการออกกำลังกายในช่วงพักการเรียนตามที่หลักสูตรกำหนด และไม่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าในขณะที่ยานการวิจัย 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจนครบ 8 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก -

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างอิงใน ถัดมา แสงสีหา, 2536) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 9 (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์) กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8 (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเดินแอโรบิกสำหรับวัยรุ่น ใช้เวลาทั้งหมดประมาณครั้งละ 35 - 50 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 24 ครั้ง โดยมีผู้ดำเนินการทดลองเป็นผู้นำเดินแอโรบิกทุกครั้ง ผู้ดำเนินการทดลองได้อธิบายขั้นตอนของโปรแกรมการเดินแอโรบิก การเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ข้อควรปฏิบัติ ข้อห้าม หรือข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนและขณะออกกำลังกาย การแต่งกายสำหรับการเดินแอโรบิก เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจหรือสงสัยได้ตลอดระหว่างการอธิบาย จากนั้นดำเนินการออกกำลังกายโดยนำเดินแอโรบิกให้กับกลุ่มทดลอง ลักษณะของการฝึกปฏิบัติเป็นแบบก้าวหน้า โดยมีการเพิ่มระยะเวลาและความหนักขึ้นทีละน้อย เพื่อให้ร่างกายเกิดการปรับตัวและชินต่อการเดินที่หนักขึ้น ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกายประกอบด้วยระยะต่างๆ คือ - ระยะอบอุ่นร่างกาย (warm up) เพื่อช่วยเตรียมกล้ามเนื้อให้พร้อมที่จะรับแรงจากการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ เป็นการเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ และยังช่วยลดและป้องกันการบาดเจ็บ ระยะ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	อบอุ่นร่างกายแบ่งออกเป็น 2 คือ ส่วนที่ 1 การอบอุ่นของร่างกายแท้ๆ คือทำให้ร่างกายอบอุ่น มีอุณหภูมิที่สูงขึ้น ส่วนที่ 2 การยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเอ็นและข้อต่างๆที่เกี่ยวข้องพร้อมที่จะรับงานหนักได้ดี ระยะอบอุ่นร่างกาย ประกอบด้วยท่าต่างๆดังต่อไปนี้ การยืดกล้ามเนื้อน่อง กล้ามเนื้อโคนขาด้านหน้า – ด้านหลัง การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ตั้งแต่ข้อจนถึงปลายเท้า ด้วยการบิดและการโค้งลำตัว ช่วงนี้จะใช้เวลาบริหารประมาณ 5 – 10 นาที - ระยะปฏิบัติ (Aerobic Phase) เป็นขั้นตอนของการบริหารร่างกาย จะช่วยให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้ทำงาน ในช่วงแรกเป็นการบริหารท่าเร็วและหนักติดต่อกัน ส่วนมากจะเน้นการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง สะโพก ขา ลำตัวด้านข้าง แขน หัวไหล่ ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น จะเน้นให้บุคคลแต่ละคนสามารถพัฒนาการออกกำลังกายให้ถึงอัตราการเต้นหัวใจที่เป้าหมายได้ และช่วงหลังจะเป็นการเบาเครื่องลงเรื่อยๆ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ระยะปฏิบัติจะเน้นการบริหารกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เช่น แขน ขา หัวไหล่ ลำตัวหน้าท้อง เป็นต้น ช่วงนี้จะใช้เวลาบริหารประมาณ 15 – 40 นาที - ระยะผ่อนคลาย (cool down) ขั้นตอนนี้เป็นการฝึกเพื่อผ่อนคลายและลดความหนักของกิจกรรมที่ทำติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่สภาพปกติหรือปกติ โดยใช้ท่าที่ปฏิบัติเช่นเดียวกับท่าต่างๆในระยะที่ 2 แต่เคลื่อนไหวช้าลงตามจังหวะเพลง ช่วงนี้จะใช้เวลาบริหารประมาณ 5 – 10 นาที กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก นอกจากการออกกำลังกายโดยตามปกติในวิชาพลศึกษา ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเดินแอโรบิคสำหรับวัยรุ่น ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเดินแอโรบิคสำหรับวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 Between group ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	3
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์
ผู้แต่ง	อัญชลี ฉัตรแก้ว
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2546

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	ศูนย์การศึกษาลูกผู้หญิงพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี จำนวน 8 คน อ่านเขียนได้ ไม่อยู่ในระยะการรับยาต้านเศร้า ไม่มีความพิการทางกาย ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 15-20 คะแนน และสมัครใจในการเข้ากลุ่มการบำบัดทางปัญญา เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นของโควาคส์ (Kovacs, 1985) แปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที) และระยะติดตามผล (หลังการทดลองสิ้นสุดลง 2 สัปดาห์)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองโดยคัดเลือกได้

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ทั้งหมด 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมการบำบัดทางปัญญา ใช้เวลาประมาณครั้งละ 120 นาที รวมทั้งหมด 12 ครั้ง วันเว้นวัน โดยผู้ดำเนินกิจกรรมพบกลุ่มทดลองเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยชี้แจงขั้นตอน ภาวะเสี่ยง และประโยชน์ของการบำบัดทางปัญญา พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มทดลอง จากนั้นดำเนินการจัดกิจกรรมการบำบัดทางปัญญา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรกผู้ดำเนินกิจกรรมอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติและความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ดำเนินกิจกรรมฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง หลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ ในระยะแรกๆ ผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงไป หลังจากผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองได้แล้วก็ให้บันทึกความคิดนั้นๆ โดยใช้แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้ดำเนินกิจกรรมจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นยำ มีความสมเหตุสมผล หรือตรงตามสภาพความเป็นจริงเพียงใด ผู้ดำเนินกิจกรรมกระตุ้น

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบกับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบเพื่อให้บุคคลมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทักษะคิด การให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป 3) การปรับเปลี่ยนความคิด แบ่งเป็น 1) การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา มีขั้นตอนดังนี้คือ ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนถึงสิ่งเร้า สถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดกำหนดตนเองตามสภาพความเป็นจริง จากนั้นผู้ดำเนินกิจกรรมตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่ามีปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่ร่วมกันก่อให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดอีกหรือไม่ โดยผู้ดำเนินกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าปัญหามีสาเหตุได้ทั้งจากตัวผู้รับการบำบัดเองและปัจจัยภายนอกอื่นๆ ร่วมกัน ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้รับการบำบัดและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น และทบทวนความคิดของตนเองที่คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเองเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ โดยให้ลองคิดพิจารณาให้คะแนนความรับผิดชอบใหม่อีกครั้งหนึ่ง หลังจากผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้รับการบำบัดฝึกคิดตามวิธีการในการปรับความคิด

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	2) การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา ผู้ดำเนินกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง ปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่อาจรวมก่อให้เกิดปัญหา ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัดตรงตามความเป็นจริง ให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไรบ้างถ้าผู้รับการบำบัดต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงๆ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นน่ากลัวอย่างที่ผู้รับการบำบัดคิดหรือไม่ แล้วถ้าผู้รับการบำบัดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อไปจะมีผลอย่างไรต่อผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะด้านอารมณ์และความรู้สึก จากนั้นผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้รับการบำบัดจึงร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 4) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ กลุ่มควบคุม - ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
Results	ผลการศึกษาพบว่า - คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์หลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาสั้นที่น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ระยะติดตามผลหลังการบำบัดทางปัญญาล้นสุดลง 2 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ระดับ .01 - คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์หลัง เข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามผลหลังการ บำบัดทางปัญญาล้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	4
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
ผู้แต่ง	ศรวิไล โมกขาว
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการฝึกการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชายอายุ 11-18 ปี จำนวน 36 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 5) มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) 2) มีการมองเห็น การได้ยินปกติ สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) ไม่เคยได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมาก่อน 4) สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดี ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ 5) ไม่มีความผิดปกติทางจิต มีการรับรู้เรื่องบุคคล เวลา สถานที่ดี ไม่มีความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Impairment) คัดกรองโดยแบบตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination) (อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ กชภักดี, 2534)

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	6) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วม การวิจัย และได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) แปลโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2545) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที) และระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน หรือ 4 สัปดาห์)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการฝึกการสร้างจินตภาพ มีกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้งๆ ละ 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ในวันพุธและวันอาทิตย์ เวลา 17.00 น.- 18.00 น. ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนฝึก - ปฐมนิเทศ ให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองเกี่ยวกับการทำวิจัย เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้บำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยผู้บำบัดกล่าวทักทายและแนะนำตนเอง และให้กลุ่มทดลองแต่ละคนแนะนำตนเอง สอดแทรกด้วยเกมสนทนาการตามความเหมาะสมของกลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มทดลองทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการ - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกการสร้างจินตภาพ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกการสร้างจินตภาพ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- แจกวัสดุประสงค์และประโยชน์ของการฝึกการสร้างจินตภาพ และทดลองฝึกสร้างจินตภาพในทางบวก เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกการสร้างจินตภาพ - ประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพ เพื่อประเมินความสามารถของกลุ่มทดลองในการสร้างจินตภาพ และเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เตรียมความพร้อมก่อนการฝึกจริง 2) ขั้นตอนการสร้างจินตภาพ - การสร้างจินตภาพ เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าสู่ขั้นตอนการสร้างจินตภาพและมีความสามารถ มีทักษะในการสร้างจินตภาพ โดยใช้เทปบันทึกการสร้างจินตภาพที่นำมาจากงานวิจัยของจารุณี มโนรา (2546) โดยผู้บำบัดประเมินอาการของกลุ่มทดลองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถ้าพบปัญหาจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาก่อนจึงจะเริ่มทำการทดลอง - จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมในการสร้างจินตภาพ โดยจัดการสร้างจินตภาพในห้องที่ไม่มีเสียงภายนอกรบกวน ภายในห้องไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป - ผู้บำบัดสาธิตวิธีการฝึกการสร้างจินตภาพ โดยให้กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามไปพร้อมกัน เริ่มจากให้อยู่ในท่าที่สบาย หลังพิงฝาหรือผนังเก้าอี้ คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตา และให้จินตภาพตามเทปบันทึกเสียง เป็นเวลาประมาณ 15 นาที - ผู้บำบัดและผู้ช่วย สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทดลองขณะที่มีการฝึกการสร้างจินตภาพ และจดบันทึกไว้ ถ้ากลุ่มทดลองคนใดมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ซึ่งเป็นอาการแสดงของการจินตนาการในทางลบ ให้รีบดำเนินการช่วยเหลือ โดยการปลุกลำกลุ่มทดลองออกจากการสร้างจินตภาพทันที

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- หลังการฝึกผู้บำบัดจะสัมภาษณ์ความรู้สึกที่ได้รับจากการฝึกการสร้างจินตภาพของกลุ่มทดลอง และความชัดเจนของการจินตภาพ - เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการฝึกการสร้างจินตภาพ - ผู้บำบัดแนะนำให้กลุ่มทดลองนำประสบการณ์ที่ได้รับไปฝึกจินตภาพด้วยตนเอง โดยแนะนำให้ฝึกการสร้างจินตภาพ ดังนี้ ให้จินตภาพถึงทุ่งหญ้า ป่าเขา มีสัตว์น้อยใหญ่ ที่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เหมือนกับชีวิตของคนที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เช่นกัน ชีวิตทุกคนมีค่า มีความหวัง มีความสามารถที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคได้ และการฝึกการสร้างจินตภาพแนะนำว่า ควรฝึกตอนก่อนเข้านอน และตอนเช้าหลังตื่นนอน ซึ่งเป็นเวลาที่เงียบสงบเหมาะสมในการสร้างจินตภาพ ในขณะที่ฝึกการสร้างจินตภาพด้วยตนเอง - กลุ่มทดลองลงบันทึกการสร้างจินตภาพในแบบบันทึกการสร้างจินตภาพด้วยตนเองทุกครั้ง ในขณะที่ฝึกด้วยตนเอง ถ้ามีการจินตภาพไปในทางลบ เช่น รู้สึกไม่สบาย กระสับกระส่าย เหงื่อออก ให้รีบลืมตาและออกจากจินตภาพทันที ถ้ามีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก เป็นต้น ให้ผู้ปกครองติดต่อผู้บำบัด เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป - หลังการฝึกการสร้างจินตภาพในครั้งที่ 5 ผู้บำบัดสัมภาษณ์กลุ่มทดลองตามแบบสัมภาษณ์การประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพ ตามแบบประเมิน KIAQ ถึงความรู้สึกและความชัดเจนของจินตภาพเปรียบเทียบกับข้อมูลในครั้งแรก เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการฝึกการสร้างจินตภาพ - ทำการฝึกการสร้างจินตภาพอีก 7 ครั้ง ให้เหมือนกับครั้งแรก

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	3) ขั้นเตรียมการยูติและยูติการสร้างจินตภาพ - เตรียมการยูติการสร้างจินตภาพ เพื่อเป็นการเตรียมกลุ่มทดลองให้สามารถนำการสร้างจินตภาพไปใช้ด้วยตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะในการฝึกการสร้างจินตภาพ โดยผู้บำบัดถามกลุ่มทดลองถึงความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการฝึกการสร้างจินตภาพที่ผ่านมา และประเมินการฝึกการสร้างจินตภาพด้วยตนเอง ชักถามความคิดของเห็นกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการฝึกการสร้างจินตภาพว่าสามารถทำให้เกิดประโยชน์อย่างไร หลังจากการฝึกการสร้างจินตภาพสามารถนำทักษะที่ได้ไปฝึกการสร้างจินตภาพได้ด้วยตนเองหรือไม่ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการฝึกการสร้างจินตภาพทั้งการปฏิบัติในระหว่างการทดลองและการนำไปปฏิบัติเองที่บ้าน พร้อมทั้งให้กำลังใจในการสร้างจินตภาพด้วยตนเอง - ยูติการสร้างจินตภาพ เพื่อเป็นการสรุปผลของการสร้างจินตภาพ และเพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถนำวิธีการฝึกการสร้างจินตภาพไปใช้ด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน โดยการสัมภาษณ์ความชัดเจนของภาพ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากการฝึกการสร้างจินตภาพในครั้งสุดท้ายนี้ ชื่นชมและให้กำลังใจแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีความตั้งใจในการฝึกการสร้างจินตภาพ 4) ขั้นติดตามผล เพื่อเป็นการติดตามผลการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน โดยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย ชักถามถึงภาวะทางร่างกาย จิตใจ ความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกแปลกใหม่ที่เกิดขึ้น หลังจากการได้ฝึกการสร้างจินตภาพ ประเมินประสิทธิผลของการสร้างจินตภาพ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ด้วยตนเอง ปัญหาอุปสรรคในการฝึกและแนวทางแก้ไขปัญหานั้นๆ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามโปรแกรมปกติของสถานสงเคราะห์ ไม่ได้เข้าร่วมการทดลองใดๆ นอกจากการทดสอบภาวะซึมเศร้า 3 ระยะพร้อมกับกลุ่มทดลอง คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการฝึกการสร้างจินตภาพให้แก่กลุ่มควบคุมด้วยหลังการทดลองเสร็จสิ้นเป็นเวลาประมาณ 1 เดือน (4 สัปดาห์) ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที น้อยกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ระดับ .05 และพบว่าวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้าง จินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	5
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำจังหวัดพิจิตร
ผู้แต่ง	จุฑาทิพย์ ประทินทอง
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2551

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำจังหวัดพิจิตร
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	เรือนจำจังหวัดพิจิตร
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังวัยรุ่นชายที่มีอายุระหว่าง 18 – 25 ปี จำนวน 15 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่มีความพิการทางด้านการร่างกาย เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรีรงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง เป็นการทำความเข้าใจลักษณะของการพูดกับตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรมอารมณ์ และผลกรรมที่เกิดขึ้น และหลักการในการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ร่วมกับการฝึกพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” กิจกรรมครั้งที่ 2 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นการฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ กิจกรรมครั้งที่ 3 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการพูดกับตัวเองในทางลบ ฝึกค้นหาคำพูดทางลบโดยใช้สติที่จะจับต้นคำพูดทางลบของตัวเองและฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจของตัวเอง กิจกรรมครั้งที่ 4 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบและหาเหตุผลโต้แย้งความคิดทางลบของตัวเอง กิจกรรมครั้งที่ 5 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4 กำหนดวิธีการพูด

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กับตัวเองทางบวก เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกคิดประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวกที่มีต่อเหตุการณ์ตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับเหตุการณ์นั้น ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ และหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไปแล้ว กิจกรรมครั้งที่ 6 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4 - 6 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ซึ่งคาบเกี่ยวกัน เป็นการแนะนำแหล่งข้อมูลในการได้มาซึ่งการคิดและการพูดกับตัวเองทางบวก รวมทั้งวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ให้ฝึกตั้งเป้าหมายง่ายๆกับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้ กิจกรรมครั้งที่ 7 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 1 – 3 ที่คาบเกี่ยวกัน เป็นการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกและฝึกเปลี่ยนประโยชน์การพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นทางบวก กิจกรรมครั้งที่ 8 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4 – 6 ที่คาบเกี่ยวกัน เป็นการติดตามความก้าวหน้าของผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจากเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตัวเองจากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของเรือนจำจังหวัดพิจิตร ผู้ดำเนินการทดลอง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
Results	ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	6
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิง โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน
ผู้แต่ง	พัชริน ฉายสุขศรี
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2551

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิง โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน
Sample	กลุ่มทดลองเป็นนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 12 - 19 ปี จำนวน 15 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การใช้ภาษาพูดและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 2) ไม่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาและไม่มีอาการทางจิต 3) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (10 – 29 คะแนน) คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 4) ไม่อยู่ในระยะการรับยาต้านเศร้า เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรีขงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	ใช้ประเมินในระลอกก่อนการทดลอง และระลอกหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง โดยทำวันเว้นวันจนครบ 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 “นี่แหละตัวฉัน” อยู่ในขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง กิจกรรมประกอบด้วย - ให้อ่านข้อความนำเสนอความเป็นตัวเองโดยบอกนิสัยและค่านิยมของตนเอง โดยการเติมข้อมูลลงในใบกิจกรรม “นี่แหละตัวฉัน” - อธิบายลักษณะทั่วไป วัตถุประสงค์ รูปแบบระยะเวลาและประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม และข้อตกลงเบื้องต้น - ให้อ่านข้อความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบที่ได้รับ - ให้อ่านข้อความสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ และให้วิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละคน - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมครั้งที่ 2 การใช้สรรพนาม “ฉัน” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง กิจกรรมประกอบด้วย - ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	เกี่ยวกับหลักการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง - ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ และเขียนประโยคการพูดกับตัวเองที่มีต่อสถานการณ์นั้นด้วยการใช้สรรพนาม “ฉัน” หลังจากนั้นให้อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นกับตัวเอง อ่านในใจ อ่านให้เพื่อนฟัง และอ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นหน้ากระจก - ให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบความรู้สึกระหว่างการอ่านกับตัวเอง อ่านออกเสียงต่อหน้าเพื่อน กับอ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นหน้ากระจก วิธีใดให้ความรู้สึกที่ดีกว่ากัน ให้เลือกวิธีนั้นเพื่อใช้ในการฝึกพูดกับตัวเองต่อไป - มอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ 1 เรื่อง โดยเขียนประโยคการพูดกับตัวเองที่มีต่อสถานการณ์นั้นด้วยการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเองทางบวก ทำความเข้าใจกับประโยคดังกล่าวและปรับความคิดของตัวเอง เพื่อให้ประโยคเหล่านั้นเข้าไปอยู่ในกระบวนการคิด แล้วอ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นกับตัวเองและหน้ากระจก - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมครั้งที่ 3 “ลบกับบวก” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 2 คือ การพูดกับตัวเองทางบวก ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการพูดกับตัวเองและให้อ่านสถานการณ์ตัวอย่าง ต่อจากนั้นให้ประเมินคำพูดและประโยคในใจของตนเองที่มีต่อสถานการณ์นั้นโดยใช้การเขียนประโยคในใจออกมาว่ากลุ่ม

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ตัวอย่างคิดอย่างไรต่อตนเองและต่อสถานการณ์นั้นบ้างตั้งแต่ใน ระยะแรกที่พบกับสถานการณ์ ขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ และ หลังจากสถานการณ์นั้นผ่านไปแล้ว - ให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคำพูด หรือประโยคในใจ ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ของตัวเองที่มี ต่อสถานการณ์ตัวอย่างดังกล่าวด้วยการอภิปรายร่วมกัน - กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างคิดหาทางเลือกของประโยคหรือคำพูดที่ เหมาะสมในการพูดกับตัวเองใหม่จากสถานการณ์ตัวอย่างเดิม - มอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดย ให้เขียนถึงสถานการณ์ใน 1 วัน ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบาย ใจหรือไม่มีความสุข และจดบันทึกประโยคที่พูดกับตัวเองใน ขณะนั้นไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างคิดอย่างไรต่อตนเองและต่อสถานการณ์ นั้นบ้างตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับสถานการณ์ ขณะที่เผชิญกับ สถานการณ์ และหลังจากสถานการณ์นั้นๆ ผ่านไปแล้ว และเมื่อ ได้ทบทวนตัวเองแล้วกลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะพูดกับตัวเองทางบวกต่อ สถานการณ์นั้นใหม่อย่างไร เพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนคำพูด ให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม กิจกรรมครั้งนี้และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 4 “ฉันมีดีบ้างไหม” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 3 คือ การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - จัดกิจกรรม “ฉันมีดีบ้างไหม” และสรุปกิจกรรมร่วมกัน - อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการพูดกับตัวเองทาง ลบ ลักษณะความคิดและพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลพูดกับ ตัวเองทางลบ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- อธิบายวิธีการค้นหาคำพูดทางลบที่เกิดจากการทำงานของจิตใต้สำนึกของตัวเองด้วยการมีสติที่จะจับต้นคำพูดที่บุคคลพูดกับตัวเองทางลบ - ให้อีกกลุ่มตัวอย่างฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบของตัวเอง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจับต้นความคิดทางลบของตัวเองได้ - มอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างนำวิธีการดังกล่าวไปลองฝึกค้นหาคำพูดทางลบของตัวเอง และฝึกควบคุมการพูดกับตัวเองทางลบในเรื่องนั้น - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 5 “เปลี่ยนลบให้เป็นบวก” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 3 คือ การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ ใช้เวลา 80 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนและแนวทางในการวิเคราะห์ความคิดทางลบและการหาเหตุผลโต้แย้งความคิดนั้น - ให้อีกกลุ่มตัวอย่างอ่านสถานการณ์ตัวอย่างและช่วยกันวิเคราะห์ความคิดทางลบที่มีต่อสถานการณ์นั้น หลังจากนั้นให้หาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดนั้น - ให้อีกกลุ่มตัวอย่างฝึกเปลี่ยนประโยคการพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นทางบวกโดยใช้กิจกรรม“เปลี่ยนลบให้เป็นบวก” - ให้อีกกลุ่มตัวอย่างสรุปเปรียบเทียบเกี่ยวกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้หรือรู้สึกรับจากการพูดกับตัวเองทางลบและทางบวก - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กิจกรรมครั้งที่ 6 “พลังแห่งความสำเร็จ” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 4 คือ กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ใช้เวลา 80 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก - ผู้ศึกษาสร้างสถานการณ์และให้กลุ่มตัวอย่างยกตัวอย่างวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก - มอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองและฝึกคิดประโยคการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเองและพูดสอนตัวเอง - ผู้ศึกษาแนะนำแหล่งข้อมูลและวิธีการที่ช่วยส่งเสริมต่อการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 7 “สุขหรือเศร้า” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 4 - 6 คือ กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกเปลี่ยนประโยคการพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นทางบวกโดยใช้กิจกรรม“สุขหรือเศร้า” - ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายง่ายๆกับตัวเอง เขียนประโยคที่จะพูดกับตัวเอง แล้วฝึกพูดกับตัวเองจนกว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้ อันจะนำมาซึ่งการตระหนักรู้ตัวเองได้ในที่สุด - ร่วมกันสรุปการเรียนรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กิจกรรมครั้งที่ 8 “ฉันพูดบอกได้” กิจกรรมครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 4 - 6 คือ กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - ผู้ศึกษาร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทบทวนขั้นตอนการพูดกับตัวเองทางบวก และวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก - ผู้ศึกษาเสริมสร้างและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจและมีแนวคิดที่ดีในการดำเนินชีวิต โดยแจกเอกสารที่เป็นข้อความตัวอย่างที่ช่วยสร้างมุมมองทางบวกและแจกเนื้อเพลงที่ให้แง่คิดและกำลังใจ พร้อมทั้งเปิดเพลงและให้กลุ่มตัวอย่างร้องเพลงร่วมกัน - ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตัวเองด้วยการร่วมกันสรุปผลที่ได้จากการพูดกับตัวเองทางบวก ปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกพูดกับตัวเอง รวมไปถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก และข้อเสนอแนะในการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก - ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
Results	ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	7
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่
ผู้แต่ง	จารุณี มโนรา
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ / 2546

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นชายอายุ 11-20 ปี จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (10-29 คะแนน) คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค(Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 2) มีการมองเห็น การได้ยินปกติ สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท มีการรับรู้เรื่องบุคคล เวลา สถานที่ดี คัดกรองโดยใช้แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination) (อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ กษภักดี, 2534) 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก -

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที) และระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยวิธีการจับคู่ตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองให้อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะต้องมีความสามารถในการสร้างจินตภาพ เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกการสร้างจินตภาพ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละ 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยขั้นตอนในการฝึกการสร้างจินตภาพมีดังนี้ 1) ก่อนการสร้างจินตภาพ อธิบายให้ผู้ถูกฝึกทราบถึงความหมายประโยชน์ และขั้นตอนกระบวนการในการสร้างจินตภาพ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 2) ผู้ฝึกสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ถูกฝึก จะทำให้ผู้ถูกฝึกเกิดความมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการสร้างจินตภาพ 3) ให้ความมั่นใจ และแจ้งให้ผู้ถูกฝึกทราบว่า การสร้างจินตภาพทุกครั้งจะอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ฝึกตลอดเวลา เพราะผู้ถูกฝึกมักคิดว่าการสร้างจินตภาพนั้นตนเองจะถูกควบคุม ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้การสร้างจินตภาพอาจไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ถูกฝึกสามารถหยุดหรือจะเปลี่ยนแปลงใดๆ ได้ตลอดเวลาของการสร้างจินตภาพ สามารถหยุดการสร้างจินตภาพได้โดยให้ผู้ถูก

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ฝึกนับเลข 1 ถึง 5 ในใจซ้ำๆ แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ถูกฝึกจะรู้สึกสดชื่นและผ่อนคลาย ผู้ฝึกต้องให้ความมั่นใจกับผู้ถูกฝึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ 4) ก่อนการฝึกควรถามผู้ถูกฝึกถึงสถานที่ที่ชอบหรือสิ่งที่ประทับใจ อาจให้ผู้ถูกฝึกอธิบายให้ฟังและใช้สถานที่หรือสิ่งที่ประทับใจในการสร้างจินตภาพ 5) เลือกสถานที่ฝึกที่เงียบสงบ สบาย บรรยากาศไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป หรือมีแสงไฟสลัว ให้ความรู้สึกสบายในการฝึกการสร้างจินตภาพ 6) ให้ผู้ถูกฝึกนั่งหรือนอนในท่าที่สบาย สวมเสื้อผ้าที่หลวม รับประทานอาหารให้พอดีไม่หิวหรืออิ่มเกินไป และควรหลับตาเพื่อป้องกันการรบกวนจากการมองเห็นสิ่งรอบข้าง 7) เริ่มการฝึกด้วยการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าออกอย่างช้าๆ และลึกๆ ให้ผ่อนคลายแต่ละส่วนของร่างกาย ปลดปล่อยความคาดหวัง ความกังวลใจ ปลดปล่อยภาระการงานต่างๆ ไว้ชั่วคราว ซึ่งการผ่อนคลายมีความจำเป็นในการสร้างจินตภาพ เพราะจะช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การจินตภาพได้ดียิ่งขึ้น 8) น้ำเสียงที่ใช้ควรช้า เรียบ สงบ นุ่มนวล เยือกเย็น ไม่เร่งรีบ และให้ความเชื่อมั่นในการนำการสร้างจินตภาพ จะทำให้ผู้ถูกฝึกรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย 9) ในการสร้างจินตภาพ พยายามให้ผู้ถูกฝึกใช้ประสาทสัมผัสทั้งหก ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการลิ้มรส รวมทั้งการเคลื่อนไหว 10) ขณะทำการฝึกการสร้างจินตภาพ ไม่ควรเร่งรัดหรือใช้คำพูดที่รวดเร็ว ควรใช้เวลาในการทำอย่างช้าๆ 11) ในการสร้างจินตภาพ จะใช้ระยะเวลาประมาณ 3–5 นาที

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	และอาจทำได้นานถึง 15 – 30 นาที โดยในการดำเนินการทดลองได้ใช้เทปการสร้างจินตภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโฮโรวิทซ์ (Horowitz as cited in Stephens, 1993) มีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งเป็นการผ่อนคลายก่อนการสร้างจินตภาพ 20 วินาที เพื่อให้สามารถสร้างจินตภาพได้ง่ายขึ้น และส่วนที่ 2 เป็นการบรรยายชักนำให้จินตนาการถึงสภาพสถานที่ที่พึงพอใจ ประกอบกับเสียงธรรมชาติเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการสร้างจินตภาพ และการพูดบรรยายให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองตนเอง โลก และอนาคตในทางบวก ดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและมีอนาคตที่ดี โดยเทปมีความยาวประมาณ 15 นาที กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามโปรแกรมปกติของสถานสงเคราะห์ ไม่ได้เข้าร่วมการทดลองใดๆ นอกจากการทดสอบภาวะซึมเศร้า 3 ระยะพร้อมกับกลุ่มทดลอง คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการฝึกการสร้างจินตภาพให้แก่กลุ่มควบคุมด้วย หลังการทดลองเสร็จสิ้นในกลุ่มทดลอง ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่า 1. วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที น้อยกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	คะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที น้อยกว่าระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Between group ผลการศึกษาพบว่า 1. วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	8
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติ จังหวัดอุตรดิตถ์
ผู้แต่ง	หทัยรัตน์ คุเกษมกิจ
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติ จังหวัดอุตรดิตถ์
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	พื้นที่ประสบภัยในเขตอำเภอเมือง อำเภอลับแล และอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่ม จำนวน 26 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า (Anti Depression) 2) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างอิงใน ขวัญจิต มหาภักดีคุณ, 2548) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	ทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 13 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที โดยดำเนินการติดต่อกันทุกวัน รวม 6 วัน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง กิจกรรมที่ 1 ฉันคือใคร เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน ให้สมาชิกสามารถเข้าใจลักษณะของการพูดกับตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรม อารมณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น หลักการพูดกับตัวเอง และหลักการในการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ให้สมาชิกเลือกใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเองได้ และฝึกพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก กิจกรรมที่ 2 สถานการณ์ของฉันเป็นบวกเสมอ เพื่อให้สมาชิกมองสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจในแง่บวกตามความเป็นจริง เปิดกว้างต่อประสบการณ์และมุมมองใหม่ๆ มองเห็นความคิดทางบวกของตนเองและสามารถนำความคิดทางบวกของตนเองมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกคนอื่นได้ เพื่อให้สมาชิกประเมินตัวเองและฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ขั้นตอนที่ 3-4 ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบและกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก กิจกรรมที่ 3 ฉันคิดเป็นลบ เพื่อให้

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	สมาชิกสามารถค้นหาความคิดในทางลบ ประเภทของเนื้อหา ความคิดและเหตุผลที่ช่วยให้เกิดความคิดทางบวก สมาชิกสามารถ แทนที่การพูดกับตัวเองทางลบด้วยการพูดกับตัวเองทางบวกต่อ เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ กิจกรรมที่ 4 เปลี่ยนลบให้เป็น บวก เพื่อฝึกเปลี่ยนประโยคการพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นประโยค การพูดกับตัวเองทางบวก ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับ ปัญหาส่วนบุคคล กิจกรรมที่ 5 เรื่องของฉัน เพื่อให้สมาชิก สามารถประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาของ ตนเองได้ ขั้นตอนที่ 6 นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ กิจกรรมที่ 6 ถิ่นพูดบวกได้ เพื่อประเมินความสามารถนำวิธีการพูดกับตัวเอง ทางบวกไปใช้ในสถานการณ์จริงของสมาชิก และประเมินผลตัวเอง จากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของพื้นที่ประสบภัยในเขต อำเภอเมือง อำเภอลับแล และอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่า - ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 - ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง การศึกษาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Between group ผลการศึกษาพบว่า - ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่ำกว่าระดับคะแนนภาวะ ซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	9
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
ผู้แต่ง	พยาม การดี
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2551

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีอายุ 14-18 ปี จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทย สามารถเขียนภาษาไทยได้ 2) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (10-29 คะแนน) คัดกรองจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างอิงใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	(หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที) และระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละประมาณ 60–90 นาที วันเว้นวัน จดวันเสาร์และวันอาทิตย์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ รวม 8 วัน ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม โดยการแนะนำตัว สร้างความรู้จัก และผู้นำกลุ่มอธิบายสร้างความเข้าใจแก่สมาชิกถึงรูปแบบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และสิ่งที่จะเกิดขึ้นและประโยชน์ของโปรแกรม ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น เพื่อให้สมาชิกค้นหาความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ครั้งที่ 3 การวางเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกได้วางเป้าหมายหรือสิ่งที่ควรเกิดขึ้นจากการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีความเข้าใจเรื่องความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล และเพื่อให้สมาชิกมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์และแยกแยะระหว่างความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล สัปดาห์ที่ 2

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ครั้งที่ 4 การพิจารณาความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกได้รู้ถึงผลกระทบของความคิดที่ไร้เหตุผลต่อการเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ครั้งที่ 5 การกระตุ้นให้ตรวจสอบความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง โดยการคิดแบบทฤษฎี ABC เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลของตนเอง ครั้งที่ 6 การวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้และเข้าใจ ตลอดจนเห็นถึงผลของความคิดที่ไร้เหตุผล กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกวิเคราะห์โดยใช้การคิดแบบทฤษฎี ABC จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลโดยใช้แผนภาพแบบฝึกหัด ABCDE สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 7 การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงวิธีการโต้แย้งความคิดที่ไร้เหตุผล และเพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการแก้ไขปัญหาจากเหตุการณ์จริงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เน้นการแนะนำให้เปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผล ครั้งที่ 8 พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต เพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิตและประเมินผลการจัดโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และเพื่อยุติการจัดโปรแกรม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	จิตเวช
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะทันทีหลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สิ้นสุดและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ หลังโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สิ้นสุด ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 Between group ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะทันทีหลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สิ้นสุดและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ หลังโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สิ้นสุด ต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่ไม่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	10
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น
ผู้แต่ง	กลณา ประทุม
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล / 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น
Design	การวิจัยแบบทดลอง
Level	A
Setting	โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 30 คน มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) แปลโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ และคู่มือ ลิขนะพิชิตกุล (2545) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มี

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กิจกรรมทั้งหมด 11 ครั้ง แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 15.00 - 16.30 น. เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 นักเรียนจะได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และลักษณะของกลุ่ม และแนวทางปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า สามารถสังเกตตนเองได้เมื่อมีภาวะเครียด เห็นความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีทักษะในการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองจากการฝึกบันทึกอารมณ์ ครั้งที่ 3 ทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิดทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถระบุความคิดทางลบของตนเองได้ ครั้งที่ 4 เรียนรู้ถึงวิธีที่จะช่วยในการหยุดความคิดทางลบ ฝึกปฏิบัติ นำเทคนิคหยุดความคิดมาใช้ ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ 6 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดและฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดี ที่ทำให้สร้างและดำรงสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะกล้าแสดงออก สามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม ครั้งที่ 9 ทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหา ประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเคยใช้ สามารถ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาได้ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขปัญห และเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ ครั้งที่ 10 เรียนรู้ถึงหลักการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติทักษะในการแก้ไขปัญห และเสริมสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญห ครั้งที่ 11 สรุปการเรียนรู้และทบทวนในกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรเทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้การนิเทศและการปรับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวก จัดโดยคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 7-9 ธันวาคม พ.ศ. 2548
Results	ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01 และ .05 ตามลำดับ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	11
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ร่วมกันกับการฝึกทักษะโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
ผู้แต่ง	นิตฤดี กิจวิมลตระกูล
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา / 2545

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ร่วมกันกับการฝึกทักษะโยคะต่อการลดภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
Design	การวิจัยกึ่งเชิงทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนแก่งวิทย์สธาร จังหวัดระยอง
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2545 จำนวน 16 คน ซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1. มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 2. สมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม 3. ไม่ได้ได้รับการรักษาหรือบำบัดอาการซึมเศร้าจากที่ไหน เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า children's depression inventory หรือ CDI ซึ่ง Maria Kovacs สร้างขึ้นในปี 1985 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2535) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง) ระยะติดตามผลการทดลอง 1 เดือน
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกโยคะ โดยฝึกพร้อมกันหลัง เลิกเรียน เวลา 15.30 น. ทุกวันจันทร์และวันพุธ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง และให้โปรแกรมการฝึกหะฐะโยคะไปฝึกคนละ 1 ชุด เพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปเป็นแนวทางในการฝึกโยคะด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน โปรแกรมสำหรับผู้เริ่มต้นฝึกประกอบด้วย การฝึกหายใจด้วยหน้าท้อง, การกำหนดจิต ซึ่งทำควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติอาสนะท่าต่างๆ คือ ท่าคนตาย, ท่าไหว้พระอาทิตย์, ท่ากระต่าย – เด็ก, ท่าเข่าถึงอก, ท่างู, ท่าตักแตนครึ่งตัว, ท่าหัวถึงเข่า, ท่าครึ่งปลา, ท่าบิดลำตัว, ท่าอุฐ, ท่านั่งก้มศีรษะและท่าสองมุม ซึ่งท่าเหล่านี้จะต้องฝึกเรียงลำดับกันไป เพื่อให้มีการบริหารส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเหมาะสม มีความสมดุลระหว่างกล้ามเนื้อที่ทำงานตรงข้ามกัน ซึ่งตามโปรแกรมการฝึกหะฐะโยคะในการวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ฝึกครั้งที่ 2 จะค่อยๆ เพิ่มท่าครั้งละ 1-2 ท่า และให้ได้ตามเวลาฝึก 45 นาที กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแนวอนามัย โดยทำวันเดียวกับการฝึกหะฐะโยคะ ซึ่งปรึกษากลุ่มหลังการฝึกโยคะ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษากลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง เช่นกัน กิจกรรมการปรึกษากลุ่มทั้ง 12 ครั้ง มีดังนี้ - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 แนะนำกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้นำบอวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและกฎเกณฑ์ต่างๆ และทำกิจกรรมล้อมวงโยนลูกบอลและแนะนำตัว - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2-3 เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่มีความสุขเพื่อสำรวจความคิดในแง่ลบและทัศนคติของสมาชิกกลุ่ม และเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจภายในกลุ่ม และให้สมาชิกเกิดการรู้ตัวและยอมรับความรู้สึกของตนเอง - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4-5 วิเคราะห์และเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	เพื่อให้สมาชิกวิเคราะห์ปัญหาในมุมมองที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับตนเองและโลกที่ประสมอยู่ พร้อมทั้งปรับความคิดและค่านิยมมองในทางบวก เพื่อให้สมาชิกพบแนวทางแก้ไขปัญหา และมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม และเพื่อปรับความคิดและค่านิยมมองในทางบวก และเตรียมสำรวจความหมายของชีวิต - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 – 7 สำรวจความหมายของชีวิต เพื่อให้สมาชิกสำรวจความหมายของชีวิต และรู้สึกเป็นเจ้าของชีวิตตนเอง โดยให้สมาชิกวาดรูปชีวิตจริงในปัจจุบันและชีวิตที่ต้องการให้เป็นและนำมาสื่อความหมายกับกลุ่ม - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 การจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้า ไร้ความหมาย เพื่อให้สมาชิกสามารถจัดการกับความรู้สึกซึมเศร้า ไร้ความหมายได้ โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตระหนักถึงรูปแบบการกระทำและความคิดที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง อันนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้าและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขตามความเหมาะสมของแต่ละคน - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 9 – 10 ตระหนักรู้ในตนเองและพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน เพื่อให้มีความสำนึกถึงที่จะพัฒนาบุคลิกภาพ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ตระหนักถึงขีดจำกัดของตนเอง มองเห็นปัญหาและอุปสรรคในการนำวิธีการดำเนินชีวิตที่ค้นพบในกลุ่มไปทดลองใช้จริง โดยให้สมาชิกนำแนวคิดเชิงปรัชญามานำเสนอต่อกลุ่ม และผู้นำกลุ่มนำแนวคิดแบบภวนิยมาแลกเปลี่ยน และนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับตัวเอง - การให้คำปรึกษาครั้งที่ 11 ประเมินผลการนำแนวคิดไปใช้ ให้สมาชิกนำวิธีการดำเนินชีวิตที่ค้นพบในกลุ่มไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน และให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- การให้คำปรึกษาครั้งที่ 12 สรุปและยุติการปรึกษา เพื่อให้สมาชิก ทบทวนสิ่งที่ได้รับจากประสบการณ์ในกลุ่ม สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกัน และกัน พร้อมทั้งยุติกระบวนการกลุ่ม กลุ่มควบคุม เข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ที่ทางโรงเรียนจัดให้ตามปกติ ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยา ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
Results	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการลดภาวะ ซึมเศร้า กับระยะเวลาของการทดสอบภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบผลย่อยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการ ให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทวนิยมร่วมกับการฝึกหัดโยคะจะมีคะแนน เฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งพบว่าคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าในระยะต่าง ๆ ของนักเรียนกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะ ต่ำลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น คือ ระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะ ก่อนทดลอง ระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และระยะติดตาม ผลต่ำกว่าระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง ได้ผลดีกว่าที่คาดไว้ โดยผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานไว้ว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่ แตกต่างกัน ระยะหลังการทดลอง พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า นักเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่านักเรียน กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะ ติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	12
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม
ผู้แต่ง	จริยา วัฒนโสภณ
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 9 ฉบับที่ 3/2544

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม
Design	การวิจัยเชิงทดลอง
Level	A
Setting	กรมประชาสัมพันธ์ บ้านพญาไท กรุงเทพมหานคร
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นหญิงมีอายุ 12 – 18 ปี ที่ถูกทารุณกรรมทางกาย และหรือทางเพศ ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) 2) เป็นผู้ที่มิระดับสติปัญญาปานกลางหรือต่ำกว่าเล็กน้อย จากการทดสอบเชาว์ปัญญา 3) เป็นผู้ที่ได้คะแนนตามเกณฑ์จากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self – Esteem, Inventory: CSEI) เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) แปลโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมพร ตรังคมบดี และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2545) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith's Self – Esteem Inventory: CSEI) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า มีกิจกรรมทั้งหมด 15 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ประเภท (32 กิจกรรม) มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. กิจกรรมและเกมเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ เช่น เรามาลงเรือลำนี้ ขนมารับขวัญ ล่าลายเซ็น สัญลักษณ์ของเรา 2. กิจกรรมและเกมให้ระบายความรู้สึกและสำรวจอารมณ์ เช่น ถ้านั่นเป็นนก เปิดใจความกลุ่ม ถนนชีวิต เส้นสายลายสีของฉัน พรอทอารมณ์ 3. กิจกรรมที่ให้ผลความสำเร็จและการสร้างเป้าหมาย เช่น สิ่งที่จะทำใน 3 วันนี้ มือนั้นมีค่า กลุ่มนี้แตงนิทานเสร็จใน 20 นาที เป้าหมายใน 7 วันของฉัน บทบาทชีวิต คติประจำตัว สัญญาใจ 4. แบบฝึกหัดการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับเหตุการณ์เสี่ยงต่างๆ และทักษะการสื่อสาร เช่น สำรวจเหตุการณ์ เสี่ยง สี ท่าทีบุคคล เช่น ปัญหาของสุดา เพื่อนใหม่ ไม่มีใครผิด ปฏิเสธอย่างไรไม่เสียเพื่อน กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของกรมประชาสัมพันธ์ บ้านพญาไท กรุงเทพมหานคร ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	Within group ผลการศึกษาพบว่า - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทำกิจกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทำกิจกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Between group ผลการศึกษาพบว่า - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	13
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การใช้การวาดภาพเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3
ผู้แต่ง	รัตนพร วัฒนารักษ์
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2551

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อศึกษาผลของการใช้การวาดภาพเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ช่วงชั้นที่ 3 ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 2. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนวัฒโนทัยพายัพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2550 ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 คน เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหรือ Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบประเมินที่อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) แปลมาจากแบบประเมินของ Maria Kovace คัดแปลงมาจาก Beck Depression Inventory ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการใช้การวาดภาพ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 วัน โดยทำกิจกรรมร่วมกัน 8 กิจกรรม มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	1. กิจกรรมเรามารู้จักกัน 1.1 เพื่อให้นักเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์ และข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรม 1.2 เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างนักเรียนด้วยกันเองและนักเรียนกับผู้ศึกษา 2. กิจกรรมวาดภาพอิสระ 2.1 เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้สึกเพลิดเพลินกับการวาดภาพ 2.2 เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับอุปกรณ์ในการวาดภาพ 2.3 เพื่อให้นักเรียนรู้สึกผ่อนคลายและสามารถแสดงตัวตนออกมาผ่านการวาดภาพได้อย่างอิสระ 3. กิจกรรม Art Feeling 3.1 เพื่อช่วยให้นักเรียนแสดงความรู้สึกที่ถูกกระตุ้นด้วยเสียงเพลง และปลดปล่อยความรู้สึกผ่านการวาดภาพระบายสีโดยไม่มีข้อจำกัดใด ๆ 3.2 เพื่อให้นักเรียนได้รับรู้ถึงความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ 4. กิจกรรมความในใจ 4.1 เพื่อฝึกให้นักเรียนได้เรียนรู้ถึงวิธีการระบายความในใจหรือความคับข้องใจ 4.2 เพื่อฝึกให้นักเรียนกล้าเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รอบข้างของตนได้ 4.3 เพื่อให้นักเรียนพัฒนาความรู้สึกการกล้าแสดงออกและส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง 5. กิจกรรมปรับมุมมอง 5.1 เพื่อให้นักเรียนได้รู้วิธีการบำบัดตัวเอง โดยการทำกิจกรรม ศิลปะ การวาดภาพเข้ามาช่วย เมื่อเกิดความคับข้องใจหรือประสบกับปัญหา 5.2 เพื่อให้นักเรียนได้ปรับมุมมองคลายความคับข้องใจหรือปัญหาต่าง ๆ 5.3 เพื่อให้นักเรียนได้ฝึกทักษะการลากเส้น

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	6. กิจกรรม ฉั่น ฉั่น ฉั่น 6.1 เพื่อให้นักเรียนได้สำรวจตนเองในอดีต 6.2 เพื่อให้นักเรียนได้สำรวจตนเองในปัจจุบัน 6.3 เพื่อให้นักเรียนได้สำรวจตนเองว่าในอนาคตจะเป็นอย่างไร 7. กิจกรรมจินตนาการ 7.1 เพื่อให้นักเรียนพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ 7.2 เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน 7.3 เพื่อให้นักเรียน เรียนรู้ความสำเร็จจากการต่อเติมรูปภาพและมีความสวยงาม 7.4 เพื่อให้นักเรียนรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ และเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 8. กิจกรรมความประทับใจ 8.1 เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะความรู้สึกที่ประทับใจ 8.2 เพื่อเป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง เพราะนักเรียนทุกคนมีศักยภาพในตนเอง 8.3 เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ดำเนินกิจกรรมครู ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว
Results	นักเรียนส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 80 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 20 หลังจากการใช้กิจกรรมการวาดภาพ นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	14
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำความผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์
ผู้แต่ง	ชราพร สนิทภักดิ์
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2545

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนชายหญิงที่กระทำความผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนหญิง มีอายุในช่วง 14 - 18 ปี ที่กระทำความผิด จำนวน 12 คน มีคุณสมบัติดังนี้ 1. ไม่เคยได้รับการฝึกฝน การส่งเสริมความรู้สึกและเห็นคุณค่าแห่งตนอย่างเป็นทางการมาก่อน 2. ไม่มีปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน การใช้ภาษาพูดและสามารถอ่านออกเขียนได้ มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมในกิจกรรมครั้งนี้ 3. มีคะแนนจากแบบวัดคุณค่าแห่งตนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คือ 29.13 เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	การเห็นคุณค่าแห่งตน ประเมินโดยใช้แบบสำรวจคุณค่าแห่งตน โดยใช้กรอบแนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) ร่วมกับดัดแปลงแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองที่

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	รองศาสตราจารย์ ดร.แก้วดา คณะวรรณ ใช้กับนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง) และระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์) ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบสำรวจอาการซึมเศร้า แบบสำรวจ CES – D (Center for Epidemiologic Studies – Depression scale) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะลิขิตกุล (2539) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง) และระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตน ใช้เวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) แต่ละครึ่งใช้เวลาครั้งละ 40 - 60 นาที จำนวน 10 ครั้ง มีขั้นตอนดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 6 ระยะ มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ 1. ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ ใช้กิจกรรมจิตใจที่รู้จักกัน - เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และสร้างบรรยากาศในการทำกิจกรรม ให้สมาชิกรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยตนเองถึงความรู้สึกที่แท้จริงรวมถึงปัญหาที่ซับซ้อนใจ - เพื่อให้สมาชิกรับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการโปรแกรม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม รวมถึงระยะเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการทำกิจกรรมตลอดทั้งโปรแกรม - เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	เห็นคุณค่าแห่งตน 2. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านทั่วไป แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้ 1) การมองโลกในแง่ดี ใช้กิจกรรมทุกคนมีคุณค่า - เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักตนเอง ตระหนักรู้คุณค่าและยอมรับในศักดิ์ศรีของตนเองและผู้อื่น - เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกวิธีคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี สามารถยอมรับข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองและผู้อื่นได้ และมีแนวทางปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเอง 2) ความคิดสร้างสรรค์ ใช้กิจกรรมร่วมมือกันทำ - เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่น - เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการมีความคิดสร้างสรรค์ และการกล้าแสดงออกไปใช้ในทางที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ 3) ความพึงพอใจในชีวิต ใช้กิจกรรมเทคนิคทีวี 2 หน้าจอ - เพื่อให้ตนเองเกิดความสุข มองตนเองและโลกในทางบวก มีความสุขในชีวิตไม่คิดท้อแท้ในชีวิต 3. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านสังคมและเพื่อน แบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้ 1) ผลของการยอมรับจากผู้อื่น ใช้กิจกรรมบัวชมพูผู้มีน้ำใจ - เพื่อให้สมาชิกสามารถบอกตัวอย่างของการทำประโยชน์เพื่อสังคมได้ - เพื่อให้สมาชิกทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม และเกิดความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการยอมรับของสังคม 2) เป็นที่ยอมรับจากคนอื่นในสังคม ใช้กิจกรรมการยอมรับ - เพื่อให้สมาชิกบอกถึงวิธีการที่ทำให้คนอื่นยอมรับในสังคม และกล้าแสดงออกในทางที่ถูกต้อง 4. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านครอบครัว แบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้ 1) การยอมรับของผู้ปกครอง ใช้กิจกรรมเป็นที่รัก - เพื่อให้สมาชิกบอกถึงการเป็นที่ยอมรับของผู้ปกครอง และรู้ถึง

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	วิธีการปฏิบัติให้ผู้ปกครองยอมรับและเป็นที่รัก 2) บรรยายการครอบครัวยุคใหม่ ใช้กิจกรรมบรรยายภายในครอบครัว - เพื่อให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับบรรยายภายในครอบครัว - เพื่อลดความซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 5. การเห็นคุณค่าแห่งตนด้านโรงเรียน (ด้านการเรียนรู้) 1) การประสบความสำเร็จและพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมายของชีวิต ใช้กิจกรรมธงชัย - เพื่อให้สมาชิกค้นหาเป้าหมายชีวิตของตนเอง มีแนวทางในการดำเนินชีวิต และมีความหวังสำหรับชีวิต 6. ปัจฉิมนิเทศ ใช้กิจกรรมสัญญาใจ - เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนสาระสำคัญของการเข้าร่วมโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตน และสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตน กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
Results	จากผลการวิจัยพบว่า 1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง 2. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	4. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตน มีคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีคุณค่าแห่งตน ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 6. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 7. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 8. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 9. เยาวชนหญิงที่กระทำผิดที่ได้รับโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนมีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	15
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
ผู้แต่ง	พิลาสินี วงษ์นุช
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/ 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	1. เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสารภีพิทยาคม อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของวิธีการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้าแต่ละวิธี ที่มีต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของนักเรียน 3. เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มจะส่งผลต่อระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าอย่างไร
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนสารภีพิทยาคม อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2548 จำนวน 30 คน ซึ่งมีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก -

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments	ความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียน (Coopersmith Self - Esteem Inventory School Form) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ศศิกานต์ ธนะโสธร (2529) ซึ่งคุรุรัตน์ จันลา (2542) ได้นำแบบทดสอบนี้ไปใช้ในการวิจัยเรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเหตุผล อารมณ์ ที่มีต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความวิตกกังวล ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ” และประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (Rosenberg’s Self – Esteem scale) แปลเป็นภาษาไทย โดยเสาวภา วิชิตวาที (2534) ได้นำเอาแบบทดสอบนี้ไปใช้ในการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนในสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่สูญเสียขา” ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที) ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children’s Depression Inventory : CDI ฉบับภาษาไทยเป็นแบบประเมินที่อุมาพร ตรังคสมบัติ (2539) แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovace คัดแปลงมาจาก Back Depression Inventory ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการจับคู่ให้มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน เพื่อแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยวิธีการจับฉลากเพื่อกำหนดกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน คือกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม กับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน คือกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสองอย่างดังกล่าว

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการผสมผสานศิลปะกับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทำการทดลอง 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1–2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง–2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีขั้นตอนสรุปดังนี้ - ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มกับผู้นำ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ภาระเบี่ยง ระยะเวลา จำนวนครั้ง ช่วงเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม - ขั้นการทำความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ เพื่อให้สมาชิกสร้างความเคยชินกับอุปกรณ์ต่างๆ และรู้สึกผ่อนคลาย โดยใช้ “กิจกรรมวาดภาพอิสระ” - ขั้นการสร้างสัมพันธภาพผ่านกระบวนการสร้างสรรค์ เป็นการเปิดเผยตนเอง เพื่อให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง เปิดเผยและแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา และรู้สึกเกิดความเพลิดเพลิน โดยใช้ “กิจกรรม Art Feeling” - ขั้นการสร้างสัมพันธภาพผ่านกระบวนการสร้างสรรค์ เป็นการเปิดเผยตนเอง เพื่อให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง เปิดเผยและแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา และรู้สึกเกิดความเพลิดเพลิน โดยใช้ “กิจกรรมถามสี่ถามใจ” - ขั้นการสร้างสัมพันธภาพผ่านกระบวนการสร้างสรรค์ เป็นการพัฒนาทักษะการกล้าแสดงออกและพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้สมาชิกสร้างผลงานจากความคิดสร้างสรรค์และความกล้าแสดงออก สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ โดยใช้ “กิจกรรมธรรมชาติสร้างสรรค์” - ขั้นการนิยามตนเอง เป็นการรู้จักและเข้าใจตนเอง ตระหนักรู้ความต้องการของตนเอง เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงความต้องการของตนเอง และได้แสดงถึงบุคลิกภาพที่ตนสนใจ สมาชิกรู้จักตนในอุดมคติของตนเองและได้พัฒนาตนเอง โดยใช้ “กิจกรรม Self – Collage Poster” - ขั้นการนิยามตนเอง เป็นการรู้จักและเข้าใจตนเอง พัฒนาทักษะการทำงานร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ในความรู้สึกของตนเอง

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ตระหนักรู้เกี่ยวกับการคิดของตนเอง และตระหนักรู้ในพฤติกรรมของตนเอง โดยใช้ “ กิจกรรมวาดภาพร่วมกัน ” - ขั้นการนิยามตนเอง เป็นการรู้จักและเข้าใจตนเอง เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ในตนเอง รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง โดยใช้ “ กิจกรรมปั้นดินเหนียว ” - ขั้นการนิยามตนเอง เป็นการรู้จักตนเองตามทัศนะของตน เพื่อให้สมาชิกรับรู้ว่าคุณประเมินตนเองไว้อย่างไร ตระหนักรู้ว่าคุณแสดงออกต่อผู้อื่นอย่างไร และตระหนักรู้ว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไรกับตนเอง โดยใช้ “ กิจกรรม Two – Side Mask ” - ขั้นพัฒนาการความผูกพัน เป็นการยอมรับและเข้าใจผู้อื่น เพื่อให้สมาชิกเข้าใจเพื่อนสมาชิกมากขึ้น เข้าใจว่าตนเองเป็นอย่างไรในสายตาของเพื่อนสมาชิก และเพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าในตนเองและของผู้อื่น โดยใช้ “ กิจกรรมนี้คือเพื่อนของฉัน ” - ขั้นพัฒนาการความผูกพัน เป็นการพัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์และความรู้สึกเป็นอิสระ เพื่อให้สมาชิกรับรู้ความสามารถของตนเอง ปลดปล่อยความรู้สึก ความต้องการ สิ่งที่ยึดข้องใจ โดยใช้ “ กิจกรรมวันนี้ตามใจฉัน ” - ขั้นละลายความผูกพัน เป็นการยุติการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนจากกัน ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม และยุติการทำกลุ่ม โดยใช้ “ กิจกรรมความประทับใจแค่เธอ ” กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ทำการทดลอง 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง-2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพความมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ กฎกติกา ในการทำกลุ่ม

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	สมาชิกเกิดความรู้สึกลดอคภัยและสร้างสัมพันธภาพได้ สมาชิกตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อกัน โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและให้สมาชิกแนะนำตัว แข่งวัตถุ ประสงค์ กฎระเบียบ ระยะเวลา จำนวนครั้ง ช่วงเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้กิจกรรมเรื่องราวของเพื่อนฉัน และกิจกรรมมารู้จักกันเถอะเพื่อให้สมาชิกรู้จักกันมากขึ้น ครั้งที่ 2 ขึ้นสร้างสัมพันธภาพความมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยกัน รู้สึกลดอคภัย และผ่อนคลายจากการทำงานร่วมกัน โดยเสนอกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ตามที่สมาชิกกลุ่มขอเรื่อง ดำเนินกิจกรรมสร้างหอคอย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ได้จากการทำงานร่วมกัน ครั้งที่ 3 – 4 ขึ้นเพิ่มสติตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจตนเอง มีสติรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความเข้าใจในตนเองและเรียนรู้ตนเองผ่านประสบการณ์ใหม่ โดยผู้วิจัยเสนอกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การพูดถึงความฝัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน และสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม ครั้งที่ 5 – 6 ขึ้นทำเรื่องราวในอดีตที่ค้างคาใจให้เสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สมาชิกทราบถึงสิ่งที่ค้างคาใจอยู่ในจิตใจ ได้จัดการกับเรื่องราวนั้นๆ ผ่านประสบการณ์ใหม่ สมาชิกมีความผ่อนคลายและสบายใจมากขึ้น โดยผู้วิจัยเสนอกิจกรรมที่ช่วยจัดการกับเรื่องราวนั้นที่ค้างคาใจอยู่ในจิตใจ เช่น การใช้จินตนาการ การใช้เทคนิค Empty chair แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน และสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม ครั้งที่ 7 – 8 ขึ้นเพิ่มการเข้าถึงและยอมรับศักยภาพตามแบบฉบับที่ตนมีอยู่ เพื่อให้สมาชิกเกิดมุมมองที่ดีต่อตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพที่ตนมีอยู่ และพัฒนาทักษะการจัดการเรื่องราวที่ค้างคาใจ โดยผู้วิจัยเสนอกิจกรรมที่สนับสนุนให้สมาชิกนำศักยภาพที่ตนมีอยู่ออกมาใช้ เช่น การเขียนตอบโต้กันของมือซ้ายมือขวา การให้สมาชิกแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับบุคลิกของตน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน และสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกลุ่ม

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ครั้งที่ 9 – 11 ขั้นส่งเสริมการมีความรับผิดชอบ และลดการพึ่งพิงสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อให้สมาชิกมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ได้ทดลองแสดงพฤติกรรมที่จัดการกับความคับข้องใจหรือปัญหาของตนเอง สมาชิกพึ่งตนเองมากขึ้น และรับรู้ว่าคุณก็สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ โดยการสนทนาเพื่อค้นหาเรื่องราวที่จะสามารถนำมาแลกเปลี่ยนกัน ช่วยกันแสดงความคิดเห็นและเสนอทางออกของปัญหา สนับสนุนพฤติกรรมที่ส่งเสริมการแก้ปัญหา มอบหมายให้สมาชิกทดลองทำพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์จริง ครั้งที่ 12 ขั้นยุติกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีกำลังใจ มีความสามารถที่จะพัฒนาตน เรียนรู้ที่จะยุติความสัมพันธ์และเรียนรู้ที่จะพึ่งตนเอง และเพื่อยุติการศึกษา โดยให้สมาชิกสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่มาจากการกระทำของสมาชิกเอง กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสองอย่างดังกล่าว แต่ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นครู แต่เป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา
Results	ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงร้อยละ 6.5 ระดับปานกลางร้อยละ 59.5 และระดับต่ำร้อยละ 34.0 นักเรียนกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.7 โดยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 45.6 และระดับปานกลาง 5.1 2. นักเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการผสมผสานศิลปะกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดสอบสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	3. นักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. ภายหลังการทดลอง คะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	16
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบที่มีการลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5
ผู้แต่ง	ชนิดา อิงศุวรรณ
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา/ 2543

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการเสนอตัวแบบเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนเบญจราชรังสฤษฎิ์ จังหวัดระยอง
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2542 จำนวน 18 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ - การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีไอเอส-ดี (CES-D) มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป - มีคะแนนจากแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่า 1.00 - ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีไอเอส-ดี (CES-D) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health) ปรับปรุงรวบรวมจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1961), เรสกินท์

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	(Raskin, 1969), ชุงค์ (Zung, 1965) และเอ็มเอ็มพีไอ (MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง) และระยะติดตามผล (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์) สัมพันธภาพในครอบครัว ใช้แบบสอบถามวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามการวิจัยเรื่องลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนในเขตเมืองอุบลราชธานีของ อัญชลี ศิลาเกษ และคณะ (2539 หน้า 83 – 88) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายมา 18 คน และจับสลากเพื่อแบ่งกลุ่มทดลอง 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน ดังนี้ กลุ่มทดสอบ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีจำนวนสมาชิก 6 คน กลุ่มทดสอบ 2 ได้รับการเสนอตัวแบบ มีจำนวนสมาชิก 6 คน กลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และการเสนอตัวแบบ มีจำนวนสมาชิก 6 คน โดยโปรแกรมมีกิจกรรมทั้งหมด 20 ครั้ง ดังนี้ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ในวันจันทร์และวันพุธ เวลา 16.00 น. – 16.50 น. กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการเสนอตัวแบบ ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 16.00 – 16.50 น. กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใด ๆ แต่ให้ดำเนินกิจกรรมตามปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างความคุ้นเคย เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความคุ้นเคย

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ระหว่างกันในกลุ่ม และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ ข้อผูกพัน สถานที่ ช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้งที่จะได้รับคำปรึกษา ตลอดจนวิธีการและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและของสมาชิกกลุ่มตลอดโปรแกรม ครั้งที่ 2 แนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวิธีการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองตามรูปแบบของ ABCDE ของเอลลิส (Ellis) โดยผู้วิจัยอธิบายแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ถึงการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล วิธีการทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง ครั้งที่ 3 การฝึกทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อจำแนกความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลได้อย่างชัดเจน และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีประสบการณ์และมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองจากสถานการณ์ 3 สถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่ม ครั้งที่ 4-9 การฝึกทำแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลด้วยตนเองเป็นการบ้าน และนำไปใช้แก้ปัญหาอารมณ์เศร้าที่เกิดจากสถานการณ์ในชีวิตจริง โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายผลที่ได้จากแบบฝึกคิดของแต่ละคน โดยการตั้งคำถามและพิจารณา ABCDE ถ้าไม่มีเหตุผลให้กลุ่มตั้งคำถามโต้แย้งความคิดที่มีเหตุผล ในกรณีที่มีเหตุผล ผู้วิจัยก็ให้ข้อมูลกลับต่อ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ความคิดที่มีเหตุผล เมื่อสมาชิกกลุ่มนำปัญหาเสนอต่อกลุ่มสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผล ผู้วิจัยให้การเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวคำชมเชยต่อความคิดที่มีเหตุผล ครั้งที่ 10 ปัจฉินิเทศ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงประโยชน์และความประทับใจที่ได้รับจากการรับคำปรึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการเสนอตัวแบบ มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มและผู้วิจัย ให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวิธีการ หน้าที่ จุดมุ่งหมายของการเสนอตัวแบบ และสามารถบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นปัญหาของสมาชิกได้ ครั้งที่ 2 การแสดงความรักความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการแสดงความรักความห่วงใยกันของสมาชิกในครอบครัว และเมื่อเกิดปัญหาแล้วมีวิธีแก้ไขปัญหายังไงเพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักการปรับตัวให้เป็นไปตามพัฒนาการที่สมวัย โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องใครเล่าจะเข้าใจแล้ว ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 3 การแสดงความรักความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแก้ไขปัญหามารมณ์เศร้าอันเกิดจากปัญหาการขาดความรักจากพ่อแม่ โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องผลกระทบถึงลูกจากปัญหาที่พ่อแม่หย่าร้างกัน ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ครั้งที่ 4 การให้อิสระต่อกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาอารมณ์เศร้าที่เกิดจากการขาดอิสรภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความไม่เข้าใจระหว่างสมาชิกกลุ่มกับพ่อแม่ สาเหตุที่เกิด และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วสมาชิกกลุ่มมีวิธีแก้ไขปัญหายังไง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีและแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องความรักของแม่ ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตาม แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 5 การให้อิสระต่อกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อิสระแก่กันในการดำเนินชีวิต และแก้ไขปัญหามารมณ์เศร้าอันเกิดจากบุคลิกภาพของตน โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องยู่กแล้วอ้วน ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 6 การแสดงน้ำใจช่วยเหลือกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจสภาพปัญหาการเงินของครอบครัวและรู้จักการแสดงน้ำใจช่วยเหลือกัน วิธีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องนี้จาก IMF ให้กลุ่มดูพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 7 การมีเวลาพักผ่อนร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มและพ่อแม่มีความเข้าใจกันและกันได้ดียิ่งขึ้น ได้มีเวลาใกล้ชิดสนิทสนมและพักผ่อน

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ร่วมกัน และเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากพ่อแม่ไม่มีเวลาให้ลูก โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องแพรวอยากไปเที่ยวกับพ่อแม่ ให้กลุ่มคุณพุดดิกรรมที่ฟังประสงค์และไม่ฟังประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 8 การมีประชาธิปไตยในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มและพ่อแม่มีความเข้าใจในเรื่องความถนัดในด้านการเรียนของลูกและส่งเสริมได้ถูกวิธี และแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากการไม่มีประชาธิปไตยในครอบครัว โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องแพรวอยากให้ค่ายเป็นหมอ ให้กลุ่มคุณพุดดิกรรมที่ฟังประสงค์และไม่ฟังประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 9 การมีประชาธิปไตยในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้วิธีการเรียนที่จะทำให้ผลการเรียนของตนเองดีขึ้นและเกิดความขยันหมั่นเพียรในการเรียนด้วยจิตใจที่แน่วแน่ และแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากการขาดประชาธิปไตยในครอบครัว โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบเรื่องสอตก ให้กลุ่มคุณพุดดิกรรมที่ฟังประสงค์และไม่ฟังประสงค์ของตัวแบบแล้วให้พิจารณาและคิดตามแล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย และสรุปความคิดเห็นกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคิดที่จะนำไปเลียนแบบและปฏิบัติตามตัวแบบ ครั้งที่ 10 ปัจฉิมนิเทศ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มพูดคุย อภิปราย และสรุปเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ได้จากการเสนอตัวแบบ และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใด ๆ แต่ให้ดำเนินกิจวัตรตามปกติ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ผู้ดำเนินการทดลองเป็นครู ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
Results	1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการลดภาวะซึมเศร้ากับระยะเวลาของการทดสอบ 2. นักเรียนกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระหว่างการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. นักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 4. นักเรียนกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และนักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน 5. นักเรียนกลุ่มพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 6. นักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบ และนักเรียนกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แตกต่างกันในระยะติดตามผล 7. นักเรียนกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และนักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 8. นักเรียนกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 9. นักเรียนกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีภาวะ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 10. นักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 11. นักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 12. นักเรียนกลุ่มการเสนอตัวแบบมีภาวะซึมเศร้าด้านสัมพันธภาพในครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	17
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ผู้แต่ง	อุบลวรรณ ทองเรือนดี
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล/ 2544

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนสองพี่น้องวิทยา จังหวัดสุพรรณบุรี
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5, และ 6 จำนวน 78 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck, 1967) แปลและทดลองใช้โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 38 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ระยะเวลา

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ในการดำเนินการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ - สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน โดยใช้กิจกรรมที่ 1 “เพื่อนคุณชื่ออะไร” - อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินการเพื่อให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม - ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สำรวจตัวเองและกล้าเปิดเผยปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างอิสระ - ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยอมรับปัญหาทั้งของตนเองและเพื่อนสมาชิก โดยการให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างอิสระ โดยที่สมาชิกทุกคนตั้งใจฟังและซักถามในประเด็นที่สงสัย - ให้กลุ่มตัวอย่างกล้าเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหของตน โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนตั้งใจฟังและช่วยเหลือกันให้กำลังใจกันและกัน และร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์การแก้ไขปัญหที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า - ยุติการให้การศึกษาครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองนำวิธีการแก้ไขปัญหที่ได้จากการทำกลุ่มครั้งนี้ไปทดลองใช้ และให้นำมาอภิปรายผลในการพบกันครั้งหน้า

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ - ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจกันและกันมากขึ้น และกล้าแสดงความคิดเห็น โดยใช้กิจกรรมที่ 2 ไม่มีชื่อกิจกรรม - ให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้วิธีการแก้ไขและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ - ให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในตนเอง โดยใช้กิจกรรมที่ 3 “ค้นหาจุดแข็งของแต่ละคน” - ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง - ยุติการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
Results	การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	18
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ผู้แต่ง	เพ็ญพรรณ ชิดวร
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย / 2545

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนทิววัฒนา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1- ม.3) ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต้นจากการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ที่มีคะแนนระหว่าง 15 - 20 คะแนน เกณฑ์คัดออก มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CDI: Children's Depression Inventory) โดย อุมพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุลได้แปล CDI เป็นภาษาไทย ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อแยกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดย Match pair ด้านคะแนนภาวะซึมเศร้า เพศ และระดับผลการเรียนเทอมสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดและสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแต่ละคู่เพื่อเข้าร่วมการวิจัย 18 คู่

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 วัน มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทดลอง ได้เข้าดำเนินการทดลองระหว่าง 14 มกราคม - 20 กุมภาพันธ์ 2545 ร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ การให้การบ้านโดยให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีคิดอย่างมีเหตุผล จากการบันทึกเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน ทุกครั้งที่ทำให้เกิดอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้วิเคราะห์ความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ดังกล่าว ส่งเสริมให้วิเคราะห์สถานการณ์ใหม่ กลุ่มควบคุม ได้รับการแนะนำจากทางโรงเรียนตามปกติ ผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ
Results	พบว่า -นักเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น -กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	19
ชื่อเรื่องงานวิจัย	การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยน ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
ผู้แต่ง	ศุณี ประเสริฐศรี
แหล่งตีพิมพ์/ปี	โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/ 2548

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นก่อนและหลังการ ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยน ความคิด
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง
Level	B
Setting	โรงเรียนวัดทางพระ อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุ ระหว่าง 12 – 15 ปี กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 25 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติต่อไปนี้ 1. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 16 – 21 คะแนน ประเมิน จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI ฉบับภาษาไทย 2. สนใจในการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น และได้รับความเห็นชอบ จากผู้ปกครอง เกณฑ์คัดออก -
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI ฉบับภาษาไทย แปลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและ วัยรุ่นของโควาคส์ (Kovacs, 1985) โดยอุมพร ตรังคสมบัติและ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments (ต่อ)	คู่มือ ลิขนะพิชิตกุล (2535) ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลอง (ก่อนการศึกษา 1 สัปดาห์) และระยะหลังการทดลอง (หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที)
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคัดเลือกโดยใช้วิธีการเรียงลำดับ ตั้งแต่ผู้ที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้าสูงสุดเรียงลำดับลงมา 25 คน แล้วแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระยะเวลาในการดำเนินการ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรมกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ๆ ละ 1 ครั้ง / สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม การใช้คำถามกระตุ้นให้รับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า และใช้คำถามกระตุ้นให้ตระหนักและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง โดยการให้ประเมินว่าตนเองมีความคิด ความเชื่ออย่างไรกับตนเอง มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ รวมทั้งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้นในขั้นตอนนี้ยังเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้พยาบาลทราบความคิด ความเชื่อ และสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของวัยรุ่นเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นกำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสนับสนุนให้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจให้กำลังใจเพื่อให้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพูดคุยเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจที่สามารถช่วยให้มีความคิดเกี่ยวกับตนเองเหมาะสมตามความเป็นจริง และรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้วัยรุ่นคิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่าง ๆ และส่งเสริมให้วัยรุ่นได้พัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบ โดยพยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง และการใช้คำถามกระตุ้นให้คิดถึงความถูกต้อง และความเหมาะสมเกี่ยวกับความคิดในด้านลบนั้นและการใช้คำถามกระตุ้นให้เด็กวัยรุ่นคิดว่าควรจะปรับเปลี่ยน

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษา
ในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ความคิดในด้านลบนั้นเป็นอย่างไร จึงจะเหมาะสมกับความเป็นจริง กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นนักศึกษาโครงการ ศึกษาอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
Results	พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและ การปรับเปลี่ยนความคิด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

เรื่องที่	20
ชื่อเรื่องงานวิจัย	Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms
ผู้แต่ง	Nabkasorn, C. et. al
แหล่งตีพิมพ์/ปี	European Journal of Public Health. 2005 August 16; 2(179-184)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายในนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า การหลั่ง Neuroendocrine stress hormones และการสูญเสียความ fit ของร่างกาย ในเด็กวัยรุ่นหญิงอาสาสมัครที่ไม่มีอาการป่วยทางคลินิก และมีอาการซึมเศร้าในระดับอ่อนจนถึงปานกลาง
Design	การวิจัยเชิงทดลอง
Level	B
Setting	ภาควิชาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
Sample	กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ที่มีอายุ 18-20 ปี โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1. มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) โดยมีจุดตัดคะแนน 16 คะแนนขึ้นไป 2. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก 1. มีการใช้ยาต้านเศร้า 2. มีอาการหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย 3. ออกกำลังกายเป็นประจำหรือนักกีฬาในรอบ 6 เดือนก่อน

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instruments	ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D เป็นแบบวัดที่ใช้การรายงานตนเองเพื่อดูความถี่ของอาการซึมเศร้า 20 อาการที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา จุดตัดคะแนน CES-D ที่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ใช้ประเมินในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระดับ cortisol และ epinephrine ในปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะความเครียดของจิตและกาย - Cortisol secretion เก็บจากปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และนำมาคำนวณโดยใช้สารก่อปฏิกิริยาอัตโนมัติซึ่งแปลผลโดย radioimmunoassay (Cobra auto-gamma model; Packard Bio Science Co., France) - ระดับ epinephrine เก็บจากปัสสาวะ 24 ชั่วโมง กระบวนการสังเคราะห์ทางเคมีดำเนินการด้วย liquid chromatography และอ่านผลโดยใช้ spectrofluorometer (model FP-777; Jasco Co., USA) การทำงานของปอดและการทดสอบความอึดในการออกกำลังกาย เพื่อค้นหารูปแบบการฝึกที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาความ Fit ของร่างกาย - ความจุของปอด วัดด้วย spirometer - การทดสอบความอึด วัดด้วย bicycle ergometer (MONARD 818E, DIN 32932; Klassea, Sweden) อัตราการเต้นของหัวใจ วัดเมื่อตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลา 5 นาที และในระหว่างนาทีสุดท้ายของแต่ละระดับการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น จุดสูงสุดที่สามารถรับออกซิเจน ประเมินบนอัตราการเต้นของหัวใจพื้นฐานและเพิ่มขึ้นจนถึงปริมาณคงที่ที่หัวใจทำงานได้ในระดับหนึ่ง

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ศึกษาในประเทศไทย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และ กลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน รวมทั้งหมด 59 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการวิ่ง มีอยู่ 5 ช่วง ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ใช้เวลาทดลองรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ จากนั้นก็จะเปลี่ยนไปอยู่กลุ่มตรงข้ามอีก 8 สัปดาห์ ในแต่ละช่วงจะเริ่มต้นด้วยการอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที ต่อด้วยการวิ่งเป็นกลุ่มอีก 30 นาที และจบลงด้วยการผ่อนคลาย 5-10 นาที ไม่มีการควบคุมหรือการสอนอย่างเป็นทางการ ใครอยากวิ่งช้า เร็ว อย่างไม่รู้ก็ได้ ในทุกช่วงจะมีครูฝึกที่จะคอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมและเข้มข้นจริงจัง โดยความเข้มข้นที่ว่าจะวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจขณะที่น้อยกว่า 50 % ของภาวะอัตราการเต้นของหัวใจที่มากที่สุดของคน ๆ นั้น ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Karvonen กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพ
Results	ผลการศึกษาพบว่า - กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการวิ่งน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มควบคุมไม่มีความเปลี่ยนแปลงใดๆของคะแนนภาวะซึมเศร้า - การหลั่ง cortisol และ epinephrine ในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมง ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการวิ่ง - อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักลดลงและได้รับออกซิเจนเข้าสู่ปอดเพิ่มมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการวิ่ง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางดวงพร คำชำนาญ

วัน เดือน ปีเกิด

22 มีนาคม 2511

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พยาบาลศาสตรบัณฑิต, พ.ศ. 2533

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549-2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ

ตำบลบางจัก อำเภอสว่างวีรกรรม

จังหวัดอ่างทอง

โทรศัพท์: 035-669333

E-mail: kamchamnan@windowslive.com

ที่อยู่ปัจจุบัน

25/3 หมู่ 2 ตำบล บางจัก อำเภอสว่างวีรกรรม

จังหวัดอ่างทอง

โทรศัพท์: 086-5729599