ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล*

THE EFFECT OF SOCIAL PROBLEM - SOLVING SKILL ENHANCEMENT ON DEPRESSION AMONG NURSING STUDENTS

*ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ปร.ด. (Duangjai Vatanasin, RN, Ph.D.)***
*สิริพิมพ์ ชูปาน, พย.ม. (Siripim Chupan, RN, M.N.S.)****
*ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ปร.ด. (Pornpat Hengudomsub, RN, Ph.D.)*****
*ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์,วท.ม. (Siriwan Vatanasin, RN, M. S.N.)*****
*รัสมิ์สุนันท์ จันทรภักดี, พย.ม. (Russunan Jantarapakdee, RN, M.N.S.)******

Abstract

Objective: This study aimed at testing the effect of social problem-solving skill enhancement program on depression among nursing students.

Methods: The sample of this quasi-experimental research were 60 first to fourth year nursing students with mild to moderate levels of depression. They were randomly selected and assigned into either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The research instruments included the general information form, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale with Cronbach's alpha of .83, and the Social problem-solving skill enhancement program which was content validated by three experts. The data collection was conducted from January to May, 2018. Descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measures ANOVA and pairwise comparison using Bonferroni method were employed for data analyses.

Results: The results showed that the mean scores of depression at post - test and 1 month follow-up phases in the experimental group were significantly different from the control group with $p < .001$. ($F_{1, 58} = 54.116$, $p < .001$). Within the experimental group, the mean scores of depression at post-test (mean = 13.30, SD = 4.63) and 1- month follow-up (mean = 8.70, SD = 4.42) were significantly lower than those at pre-test (mean =19.03, SD = 2.04) with $p < .01$.

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (This study was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand)

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha university), Email: duangjaivat@gmail.com
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)
****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)
*****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University)

วันที่รับ (received) 2 พฤศจิกายน 2561 วันที่แก้ไข (revised) 25 ตุลาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ธันวาคม 2562

20-0307 005.indd 86 5/18/2563 BE 9:44 AM

Conclusion: The social problem-solving skill enhancement program could be applied to improve social problems -solving skill among nursing students in order to decrease their depression.

Keywords: Social problem-solving skill enhancement program, Depression, Nursing students.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 60 คนที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมกราคมถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F1, 58 = 54.116$, $p = < .001$) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (mean = 13.30, SD = 4.63) และระยะติดตามผลหนึ่งเดือน (mean = 8.70, SD = 4.42) ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง (mean = 19.03, SD = 2.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป: โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล

ความสำคัญของปัญหา

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องปรับตัวทั้งด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การปรับตัวตามระยะพัฒนาการของช่วงวัยนั้น นักศึกษาพยาบาลเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีช่วงอายุระหว่าง 17-22 ปี ซึ่งคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่น ตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Steinberg & Morris, 2001) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พัฒนาทางด้านร่างกายเริ่มเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว แต่สภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่มั่นคง มีการพัฒนาอัตลักษณ์ของ

ตนเอง แสวงหาความมั่นคงด้านอาชีพ มักสับสนในตนเอง มีความขัดแย้งภายในจิตใจค่อนข้างสูง นำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่าง ๆ เช่น เครียด ซึมเศร้าเป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยนเรศวรมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 (สุกัญญา รักษ์ขจีกุล, 2556) ส่วนนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยเขตภาคตะวันออกมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 49 (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาษารัฐ, สิริพิมพ์ ชูปาน, และพรพรรณ ศรีโสภา, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่านักศึกษาในระดับอุดมศึกษาซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า

นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวด้านการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ประกอบด้วย ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเรียนภาคทฤษฎีและการมอบหมายงานที่มากเกินไป เป็นสิ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดสูง (Seyedfatemi, Tafreshi, & Hagani, 2007) มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558) และภาวะซึมเศร้า (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556) ส่วนการฝึกปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นการนำองค์ความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ในการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายในสถานการณ์จริง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องใช้ความอดทน รอบคอบ ระมัดระวัง และรับผิดชอบ เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและตนเองได้ นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลยังต้องปรับตัวกับอาจารย์นิเทศ ผู้รับบริการ ญาติ บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (พรชัย ดีไพศาลสกุล, 2556) ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ วิตกกังวล หรือมีความเครียดในระดับสูง (อัศวินี นามะกันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ, พจนีย์ ภาคภูมิ, และวราวรรณ ภูมิคำ, 2551) โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาทางด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วย ลักษณะการนิเทศของอาจารย์ และปัญหาสุขภาพ (มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ, 2552) รวมทั้งสภาพบรรยากาศที่ทุกข์ทรมานของหอผู้ป่วย (สุมาลี จูมทอง, ดุษฎี โยเหลา, งามตา วนินทานนท์, และสธญ ภู่คง, 2552)

การปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลโดยเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด มีความสุขในการเรียนรู้ลดลง (สมใจ วินิจกุล, สุวรรณา เหรียญสุวงษ์, และประทุมทิพย์ สุขราษฎร์, 2557) มีปัญหาสุขภาพจิต (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ, 2558) และซึมเศร้า (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556) จากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 50.10 (Ross, Zeller, Srisaeng, Yimmee, Somchid, & Sawatphanit, 2005) นักศึกษาพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.90 (นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแขม, และชนัดดา

แนบเกษร, 2554) ส่วนนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคตะวันออกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.20 (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, โสภิณ แสงอ่อน, และยุวดี ฤาชา, 2549) นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.19 และนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.30 และเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิมและเกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง บางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่ผิดไปจากเดิม (Beck & Alford, 2009) ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเอง ครอบครัว และสังคม โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักรู้สึกหมดแรงและอ่อนล้า นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น ปวดท้องหรือปวดศีรษะ บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Gladstone & Beardslee, 2009) มีพฤติกรรมแยกตัว และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตกต่ำ และเมื่อมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักพบความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย (Beck & Alford, 2009) จากการศึกษาพบว่านักศึกษาของมหาวิทยาลัยนเรศวรที่มีภาวะซึมเศร้า เคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6.40 และมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อนร้อยละ 12.10 (สุกัญญา รักษ์ขจีกุล, 2556) ซึ่งหากนักศึกษาสามารถฆ่าตัวตายสำเร็จจะถือเป็นความสูญเสียอย่างมากต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จากผลกระทบของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวส่งผลให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเร่งด่วนอย่างยิ่ง ซึ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าควรกระทำตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะปรากฏอาการโดยการค้นหาคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ความช่วยเหลือ หรือบรรเทาภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกอย่างทันท่วงที จะช่วยลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าลง (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559; Gladstone & Beardslee, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ปัจจุบันมีรูปแบบการบำบัดหรือโปรแกรมที่หลากหลายในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมเพื่อชีวิต (problem-solving for life: PSFL) โปรแกรมแหล่งประโยชน์สำหรับวัยรุ่น (resourceful adolescent program: RAP) โปรแกรมเพื่อน (FRIENDS program) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011) เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลไทยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นยังพบค่อนข้างน้อย ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่จะช่วยป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพควรมุ่งเน้นการจัดกระทำกับปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและสามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้ (Gladstone & Beardslee, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแก้ปัญหาทางสังคมเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษา โดยพบว่ามีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (β = -.191, $p < .001$) (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2558; Vatanasin, Thapinta, Thompson, & Thungjaroenkul, 2012) และนักศึกษาในมหาวิทยาลัยลอนดอน (β = -0.32, $p < .05$) (Anderson, Goddard, & Powell, 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางเมื่อเข้าร่วมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีภาวะซึมเศร้าลดลง (สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า หากนักศึกษาพยาบาลได้รับการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็จะสามารถป้องกัน หรือลดภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นลงได้

การแก้ปัญหาทางสังคม (social problem-solving) เป็นกระบวนการทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของบุคคลที่พยายามจะแก้ไขสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิตประจำวัน (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2013) ซึ่งแนวคิดการแก้ปัญหาทางสังคมของ D'Zurilla, Nezu และ Maydeu-Olivares (2004) ระบุว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลมีวิธีการแก้ปัญหาทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน โดยบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented: NPO) ซึ่งรับรู้ว่าปัญหานั้นคุกคามชีวิต ตนเองไม่มีศักยภาพในการแก้ปัญหา หรือปัญหานั้นไม่สามารถจัดการได้มักใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยการหลีกหนี (avoidance) ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหา รอให้ปัญหานั้นจบลงเอง หรือพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหาอย่างมาก หรือวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (impulsive/ careless) ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ ตัดสินใจโดยเร็ว ไม่รอบคอบ ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวมักทำให้ปัญหานั้นยังคงอยู่ ขยายตัว และทวีความรุนแรงมากขึ้นจนทำให้เกิดอารมณ์ทางลบและซึมเศร้าในที่สุด

หากบุคคลมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (positive problem oriented) โดยรับรู้ว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย เชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และตนเองมีศักยภาพในการแก้ปัญหา มักใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (rational problem solving) โดยพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง หาทางออกจากปัญหา มีการวางแผนและลงมือแก้ปัญหา ทำให้การแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขและหมดไป ก็จะมีอารมณ์ด้านบวก มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และไม่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่จำเป็นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันหรือปัญหาในชีวิตประจำวันที่หลากหลายซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการปรับตัวตามช่วงวัย การเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติ หรือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หากนักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพโดยมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกและใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุมีผล นักศึกษาก็จะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีภาวะซึมเศร้า

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบทั้งในส่วนการจัดการเรียนการสอน ดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล เห็นความสำคัญของการค้นหา ป้องกัน คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมให้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางเพื่อเป็นการลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลของการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบระบบบริการสุขภาพจิตที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการแก้ปัญหาทางสังคมของ D'Zurilla และคณะ (2004) รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) ของ D'Zurilla และ Nezu (2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบการแก้ปัญหาทางสังคมของบุคคลที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดก็จะพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยการใช้กระบวนการคิดหรือมุมมองต่อปัญหาใน 2 รูปแบบ คือ มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive Problem Oriented: PPO) ซึ่งทำให้มีวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (rational problem solving) เป็นการทำความเข้าใจกับปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริงรวมทั้งพยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผนและลงมือแก้ปัญหาทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนบุคคลที่มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented: NPO) มักมีวิธีการแก้ปัญหาใน 2 ลักษณะ คือ การแก้ปัญหาโดยการหลีกหนี (avoidance) โดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา หรือรอให้ปัญหานั้นจบลงด้วยตนเอง หรือพยายามพึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (impulsive/ careless) ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ ตัดสินใจโดยเร็ว ไม่ทบทวน

ทางออกของปัญหาอย่างรอบคอบ ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ หรือขยายตัวทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ทั้งนี้นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันและมีปัญหาทางสังคมค่อนข้างมาก ซึ่งหากนักศึกษาพยาบาลได้รับการส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพโดยปรับทัศนคติหรือมุมมองต่อปัญหาในทางบวก ลดมุมมองต่อปัญหาในทางลบลง รวมทั้งมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลให้มากขึ้น จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research designs) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน (pre-post and follow-up design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ประชากร เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก ในปีการศึกษา 2560

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1- 4 คณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มีคะแนนระหว่าง 17 - 20 คะแนน 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorders) หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ และ 3) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือรูปแบบการบำบัดทางจิตใดๆ มาก่อน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ Power Analysis

(Cohen, 1988) ด้วยโปรแกรม G*Power3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ระดับ α) ที่ .05 ขนาดของอิทธิพล (power) ที่ .80 และอิทธิพลของการทดลอง (effect size) ที่ .90 (คำนวนจากผลการศึกษาของ Rubin & Yu, 2015) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมงานวิจัยด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายให้ได้ 60 คน หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยมีการจับคู่ (matching) ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ระดับชั้นปี และผลการเรียนเฉลี่ยจนครบ 30 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (student information form) ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย รายรับต่อเดือน ความเพียงพอของรายรับ สถานภาพของบิดาและมารดา ที่พักอาศัย ความสมัครใจในการศึกษา และประวัติอาการซึมเศร้า

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression scale: CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) เพื่อใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) นำไปตรวจสอบความตรงและหาค่าความเชื่อมั่นในวัยรุ่นไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach เท่ากับ .86 ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาใน 4 ด้าน คือ ความรู้สึกในทางเศร้า 7 ข้อ (ข้อที่ 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18) ความรู้สึกในทางบวก 4 ข้อ (ข้อที่ 4, 8, 12, 16), อาการเชื่องช้าและหงอยเหงา 7 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 ข้อ (ข้อที่ 15 และ 19) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 0-3 โดย 0 คะแนน คือ ไม่เคยมีอาการเหล่านั้น (< 1 วัน) 1 คะแนน คือมีอาการเป็นบางครั้ง (1-2 วัน) 2 คะแนน คือ มีอาการบ่อย ๆ (3-4 วัน) และ 3 คะแนน คือ มีอาการเหล่านั้นตลอดเวลา (5-7 วัน)

แบบประเมินทั้งฉบับมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 60 คะแนนสูงหมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก นอกจากนี้ยังแบ่งภาวะซึมเศร้าออก 3 ระดับ ดังนี้ 0 -16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 17 - 20 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 21 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรงต้องได้รับการดูแลหรือส่งต่อ แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach ในกลุ่มวัยรุ่นไทยระหว่าง .84 ถึง .92 (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2558; Vatanasin et al., 2012) การศึกษานี้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไปใช้กับกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

3. โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ Nezu และคณะ (2013) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมฯ นี้เป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในลักษณะกลุ่มที่เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การปรับมุมมองของการแก้ปัญหาในทางบวก และการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล โดยฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามหาทางออกจากปัญหา มีการวางแผน และลงมือแก้ปัญหา และพยายามลดวิธีการแก้ปัญหาด้วยการหลีกหนี หรือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง มีกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ 1) “ตัวตนของฉัน อารมณ์ของฉัน” 2) “เรียนรู้ปัญหา พาชีวาสุขสันต์” 3) “เราคือผู้พิชิต” 4) “เลือกทางดี ชีวีมีสุข” 5) “โลกสวยด้วยตัวเรา” และ 6) “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” กิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที โปรแกรมฯ นี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือและโปรแกรมฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มบำบัด จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่าเนื้อหาของโปรแกรมฯ มีความสั้นกระชับ เนื้อหาเข้าใจง่าย และเหมาะกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ตามรหัสจริยธรรมที่ Sci 072/ 2560 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อผลการเรียนแต่อย่างใด ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวมเท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยและคณะเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 15 คน จำนวน 2 กลุ่ม โดยดำเนินการทดลองในช่วงเช้าและบ่ายของวันเสาร์หรือวันอาทิตย์เพื่อดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ จำนวน 6 ครั้ง และติดตามผลอีก 1 ครั้ง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “ตัวตนของฉัน อารมณ์ของฉัน” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สำรวจตนเอง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ปัญหา พาชีวาสุขสันต์” เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กิจกรรมที่ 3 “เราคือผู้พิชิต” เพื่อสำรวจปัญหา ฝึกการค้นหาปัญหา ฝึกทักษะการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 4 “เลือกทางดี ชีวีมีสุข” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 “โลกสวยด้วยตัวเรา” เพื่อฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ต่อ) กิจกรรมที่ 6 “อยู่อย่างไรให้สดใสตลอดกาล” เพื่อคงไว้เพื่อทักษะการแก้ปัญหา สรุป ทบทวน และประเมินผลการเรียนรู้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งสุดท้ายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 10 เพื่อประเมินการแก้ปัญหา และ ภาวะซึมเศร้า

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 10 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมจะได้รับการช่วยเหลือตามปกติโดยได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลและการส่งต่อตามความต้องการ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ส่วนของข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ ค่าที (t - test) สถิติฟิชเชอร์ (fisher’s exact test) และเครเมอร์วี (cramer’s V) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการแก้ปัญหาและภาวะซึมเศร้าระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) และทดสอบการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.45 (SD = .748) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.38 (SD = .899) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มทดลองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (SD = .387) และกลุ่มควบคุมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 (SD = .316) กลุ่มทดลองมีรายรับประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 5,790 (SD = 423.27; ฐานนิยมเท่ากับ 5,000) ส่วนใหญ่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 70 และพักอาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยคิดเป็นร้อยละ 43.34 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายรับประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,190 (SD = 451.44) ส่วนใหญ่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 60 และพักอาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยคิดเป็นร้อยละ 53.33

เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้งสองกลุ่มมี

เพศ อายุ ชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และรายรับประจำเดือนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองด้วยสถิติแบบอิสระที (independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลอง (mean =19.10, SD = 2.04) และกลุ่มควบคุม (mean =18.97, SD = 2.07) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .251$, $p = .803$) แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกัน

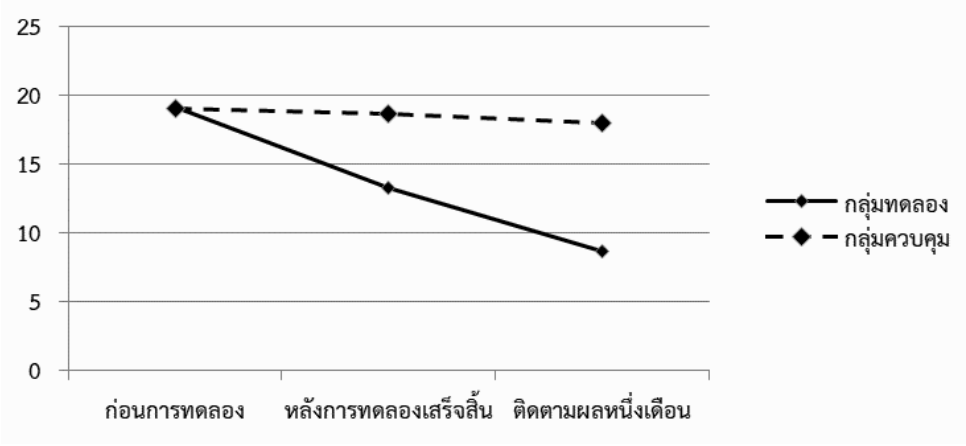
ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure analysis of variance) ของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า วิธีการทดลองส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F1, 58 = 54.116$, $p < .001$) โดยนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกันเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F2, 58 = 68.975$, $p < .001$) และพบว่าวิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F2, 116 = 68.575$, $p < .001$)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

แหล่งความแปรปรวน	*SS*	*df*	*MS*	*F*	*p - value*
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1056.089	1	1056.089	54.116	< .001
ความคลาดเคลื่อน	1131.889	58	19.515		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	970.744	2	485.372	68.975	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	673.544	2	336.772	68.575	< .001
ความคลาดเคลื่อน	821.044	116	7.078		

เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามาวาดกราฟที่แสดงค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับวิธีการทดลองที่แตกต่างกัน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แสดงดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

จากแผนภาพที่ 2 พบว่าเส้นกราฟคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลองจะตัดกัน แต่เมื่อพิจารณาต่อในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลง (กราฟเส้นทึบ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติและกราฟปฏิสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในช่วง

ระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง (mean = 19.03, SD = 2.04) และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (mean = 13.30, SD = 4.63) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง (mean = 19.03, SD = 2.04) และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 8.70, SD = 4.42) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลยังมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (mean = 13.30, SD = 4.63) และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 8.70, SD = 4.42) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลาการทดลอง	*Mean (SD)*	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	19.10 (2.04)	-		
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	13.30 (4.63)	-5.80**	-	
ระยะติดตามผล	8.70 (4.42)	-10.40**	-4.60**	-

**$p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนีกร อุปเสน (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาซึ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของ พันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน์ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี และจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2561) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาซึ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหามีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy) ที่พัฒนาขึ้นโดย D'Zurilla และ

Nezu (2007) ที่พบว่าเมื่อบุคคลมีทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมที่มีประสิทธิภาพโดยมีมุมมองทางบวกต่อปัญหา และมีวิธีการแก้ปัญหาที่มุ่งเน้นการจัดการกับสาเหตุของปัญหามากกว่าการแก้ปัญหาด้วยความหุนหันพลันแล่นหรือแก้ปัญหาแบบลวกๆ หรือพยายามที่จะหลีกหนีปัญหา จะทำให้ปัญหานั้นค่อยๆ คลี่คลายตัวและหมดไป บุคคลนั้นก็จะมีสภาวะอารมณ์ที่แจ่มใส ไม่ตึงเครียดและไม่ซึมเศร้า เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มักมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบโดยคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมันยิ่งใหญ่เกินกำลังของตนเอง ตนเองเป็นคนอ่อนแอ เป็นคนไม่ดี ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ไม่มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในกิจกรรมกลุ่มที่กล่าวว่า “ปัญหานั้นใหญ่เกินกว่ากำลังของหนู คงไม่สามารถทำอะไรได้หรอก” หรือ “จริงๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นมันก็เกิดจากหนูเนี่ยแหล่ะที่ไม่ดี เป็นคนโง่ ทำอะไรไม่ดีสักอย่าง” “เรื่องที่เกิดขึ้นมันไม่สามารถแก้ได้จำเป็นต้องปล่อยไป คิดเสียว่าเป็นเวรกรรมของหนูแล้วกันที่ต้องมาเจอกับคนแบบนี้” ซึ่งความคิดดังกล่าวทำให้นักศึกษาใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม บางรายพยายามหลีกหนีจากปัญหา เช่น ปล่อยให้เวลามันผ่านไป หรือเอาเวลาไปทำอย่างอื่นเพื่อให้สบายใจในขณะที่ปัญหาก็ยังคงอยู่ หรือบางรายก็พยายามแก้ปัญหาแบบลวกๆ ให้ผ่านพ้นสถานการณ์ไปก่อนโดยไม่ไตร่ตรองถึงผลที่จะเกิดตามมา แต่ภายหลังจากที่นักศึกษาเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มุ่งเน้นการปรับความคิดและความเชื่อให้มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกมากขึ้น ผ่านการใช้กระบวนกลุ่มโดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงทั้งของตนเองและเพื่อน รวมทั้งมีโอกาสได้เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมทีละขั้นตอนตามแผนของกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์เบื้องต้น ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา แสวงหาทางเลือกที่หลากหลาย และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นน้อยที่สุด รวมทั้งนำทางเลือกนั้นไปทดลองใช้จริง ซึ่งจากการเรียนรู้ในกิจกรรมดังกล่าวทำให้นักศึกษาพยาบาลเริ่มมีมุมมองการแก้ปัญหาในทางบวกมากขึ้น และมีทักษะการแก้ปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น

นอกจากนี้การมอบหมายการบ้านให้นักศึกษาพยาบาลนำทักษะการแก้ปัญหาที่เรียนรู้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้ทบทวนพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียและผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาแต่ละครั้ง รวมทั้งนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่ผ่านมากับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ทำให้นักศึกษาพยาบาลเริ่มมีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างตรงกับสภาพปัญหาและข้อเท็จจริงมากขึ้นทำให้สถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ คลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้สภาวะทางอารมณ์ของนักศึกษาดีขึ้น โดยสังเกตจากสภาวะทางอารมณ์ที่ยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างต่อเนื่องดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

20-0307 005.indd 99 5/18/2563 BE 9:44 AM

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเป็นระยะทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยพิจารณาการจัดกิจกรรมกระตุ้น (booster dose) เป็นระยะตามความเหมาะสม

2. ควรประยุกต์โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษากลุ่มอื่นตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มอื่น หรือประชากรกลุ่มอื่นที่มีความหลากหลายมากขึ้นโดยปรับรูปแบบของกิจกรรมให้เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของแต่ละช่วงวัยมากขึ้น หรืออาจศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อตัวแปรอื่น เช่น การปรับตัว หรือสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยบูรพาและสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2556). *การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *31*(4), 128-135.

จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, *23*(3), 1-13.

ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, *24* (1), 1-12.

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาษารัฐ, สิริพิมพ์ ชูปาน, และพรพรรณ ศรีโสภา. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *23*(4), 46-62.

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, โสภิณ แสงอ่อน, และยุวดี ฦาชา. (2549). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *12*(3), 289-303.

ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และรัชนีกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *31*(1), 60-74.

นุชนาถ แก้วมาตร. (2556). นักศึกษาพยาบาลกับภาวะซึมเศร้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, *21*(3), 14-23.

นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแขม, และชนัดดา แนบเกษร. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล

มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *19*(2), 84-95.

นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *29*(3), 11-27.

พรชัย ดีไพศาลสกุล. (2556). ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, *6*(1), 573-592.

พันธ์ทิพย์ โกศัลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, และจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *32*(1), 49-65.

มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ. (2552). แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *15*(2), 192-205.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมใจ วินิจกุล, สุวรรณา เหรียญสุวงษ์, และประทุมทิพย์ สุขราษฎร์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษา ความสุขในการเรียนรู้กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21, 7-24.

สุกัญญา รักษ์ขจีกุล. (2556). ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *58*(4), 359-370.

สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอวยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, *26*(3), 107-116.

สุมาลี จูมทอง, ดุษฎี โยเหลา, งามตา วนินทานนท์, และสธญ ภู่คง. (2552). ประสบการณ์ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลจากการเรียนภาคปฏิบัติในห้องคลอด. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, *15*(1), 39-56.

อัศวินี นามะกันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ, พจนีย์ ภาคภูมิ, และวราวรรณ ภูมิคำ. (2551). ความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในหอผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 2, 26-36.

อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *42*(1), 2-13.

Anderson, R. J. Goddard, L. & Powell, J. H. (2011). Social problem solving and depressive symptom vulnerability: The importance of real-life problem-solving

performance. *Cognitive Therapy and Research*, *35*, 48-56.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, Experimental, And Theoretical Aspects.* (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* New York: Lawrence Erlbaum Associates.

D'Zurilla, T. J. & Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention.* New York: Springer Publishing.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training (pp. 11-27).* Washington, DC: American Psychology Association.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.

Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(4), 212-221.

Gladstone, T. R., Beardslee, W. R. & O'Connor, E. E. (2011). The prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinic of North America*, *34*(1), 35–52.

Nezu, A. M. Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual.* New York: Springer publishing.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.

Ross, R., Zeller, R., Srisaeng, P., Yimmee, S., Somchid, S., & Sawatphanit, W. (2005). Depression, stress, emotional support, and self-esteem among baccalaureate nursing students in Thailand. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *2*(1). 1-15

Rubin, A. & Yu, M. (2015). Within-group effect-size benchmarks for problem-solving therapy for depression in adults. *Research on Social Work Practice*, *27*(5), 552-560.

Seyedfatemi, N., Tafreshi, M., & Hagani, H. (2007). Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BioMed Central Nursing*, *6*(11), 1-10.

Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, *52*, 83-110.

Vatanasin, D., Thapinta, D., Thompson, E.A., Thungjaroenkul, P. (2012). Testing a model of depression among Thai adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *25*, 195-206.