ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม*

THE EFFECT OF THE EMOTIONS MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENTS WITH BEHAVIORAL PROPBLEMS

*ใบเรียม เงางาม, พย.บ. (Bairream Ngaongam, BNS.)***
*เพ็ญพักตร์ อุทิศ, Ph.D. (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN) ****

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research using pretest-posttest design were: 1) to compare depression in early adolescents with behavioral problems before and after receiving emotions management program, and 2) to compare depression in early adolescents who received the emotions management program and those who received regular caring activities.

Methods: Forty of early adolescents with behavioral problems at one particular school located in Singburi province, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the emotions management program which composed of 8 group activities to improve relevant skills including relaxation, positive coping, cognitive-behavioral skills, social skills management and communication. The control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) the emotions management program, 2) Children's Depression Inventory, and 3) The Strengths and Difficulties Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Cronbach's alpha reliability coefficients of the two latter instruments were .88 and .85, respectively. The t-test was used for data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1) After receiving the emotions management program, early adolescents with behavioral problems had significantly lower depression scores than that before ($p < .05$).

2) After the experiment, early adolescents with behavioral problems who received the emotions management program had significantly lower depression scores than those who received regular caring activities ($p < .05$).

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลท่าช้าง
***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

Keywords: Depression, Early adolescents with behavioral problems, Emotions Management Program

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม จากโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสิงห์บุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ทำการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกลุ่ม 8 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่การผ่อนคลาย การปรับความคิดและพฤติกรรม ทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหาและการเจรจาต่อรอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ 2) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก และ 3) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .88 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตระหว่างการเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม ความคิดและสติปัญญา โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งมีอายุระหว่าง 13-15 ปี ในเพศหญิง และ 15-17 ปี ในเพศชาย ร่างกายมีการเจริญเติบโตเปลี่ยนสภาพจากความเป็นเด็กชายเด็กหญิง เป็นหนุ่มสาวเกือบเต็มที่ทุกส่วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ลักษณะสัมพันธภาพกับผู้อื่น ค่านิยม และทัศนคติ เช่น มีความคิดเป็นของตัวเอง ต้องการอิสระ อยากรู้อยากลอง และชอบเรียนรู้ทุกด้านด้วยตนเอง นอกจากวัยรุ่นตอนต้นจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจตามธรรมชาติดังกล่าวแล้ว วัยรุ่นกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม

_15-1126(116-127)9.indd 117 10/29/58 BE 10:53 AM

เทคโนโลยี รวมถึงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ถ้าเด็กเหล่านี้ตกอยู่ในครอบครัวที่ขาดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน หรือเป็นสภาพครอบครัวที่แตกแยก ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมตามมาได้ง่าย (กรมสุขภาพจิต, 2546) ปัญหาพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ ของวัยรุ่นไทยกลายเป็นปรากฏการณ์ที่ถูกตีแผ่โดย สื่อต่าง ๆ ให้สังคมได้รับรู้ไม่เว้นแต่ละวัน เช่น ข้อมูลจากรายงานสถิติประจำปี 2553 ของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (2553) เกี่ยวกับจำนวนคดีเด็กและเยาวชนซึ่งถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวนมากถึง 44,057 คดี โดยผู้ถูกดำเนินคดีเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 91.77) และมีอายุระหว่าง 15-18 ปี (ร้อยละ 86.26) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามสาเหตุของการกระทำผิด พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.76) เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมทั้งสิ้น ได้แก่ การคบเพื่อน (ร้อยละ 39.80) คึกคะนอง (ร้อยละ 16.22) ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ (ร้อยละ 10.63) ทะเลาะวิวาท (ร้อยละ 4.73) และปัญหาพฤติกรรม อื่น ๆ (ร้อยละ 12.38)

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ซับซ้อนมากนัก วัยรุ่นก็อาจสามารถดำเนินชีวิตในช่วงเวลานี้ให้ผ่านพ้นไปได้อย่างราบรื่นและเจริญเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้ด้วยดี แต่ในทางตรงกันข้าม หากปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนมาก และ วัยรุ่นไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้วัยรุ่นตอนต้นเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาที่พบร่วมกันได้บ่อยในวัยรุ่น สอดคล้องกับผลการทบทวนทางระบาดวิทยาของแองโกลด์และคอสเทลโล (Angold & Costello, 1993) ซึ่งพบว่าปัญหาร่วมระหว่างซึมเศร้า (depression) และปัญหาพฤติกรรมที่ผิดปกติ (conduct or oppositional defiant disorder) ในเด็กและวัยรุ่นมีสูงถึงร้อยละ 21-83 อีกทั้งพบว่าราว 1 ใน 3 ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะถูกวินิจฉัยว่ามีปัญหาพฤติกรรม (conduct disorder) ร่วมด้วย (Puig-Antich, 1982) ในขณะเดียวกันพบว่าร้อยละ 8.5-45.4 ของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมจะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Angold & Costello, 1993) การศึกษาของ กัลญา แก้วอินทร์ (2545) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมต้นโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจะสูงถึงร้อยละ 36.9

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรมนี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน อาจทำให้วัยรุ่นมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้หมดหวัง และมีความคิดที่บิดเบือนซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ จนส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย (Lewinsohn, Clarke, & Hops, 1999) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน โดยภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า

วัยรุ่นกำลังมีปัญหาพฤติกรรม ซึ่ง อีเซนเบอร์ก (Eisenberg et al., 1997) ให้นิยามว่า “การควบคุมอารมณ์” เป็นกระบวนการทั้งภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการริเริ่ม การคงไว้และ การบรรเทา ทั้งในลักษณะของการเกิด ความรุนแรง และการแสดงออกทางอารมณ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของบุคคล โดยตั้งสมมติฐานว่าหากวัยรุ่นควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ต่ำ (regulatory under control) จะส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอกในลักษณะต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว ดื้อ ไม่เชื่อฟัง ไม่ยอมไปโรงเรียน ละเมิดกฎเกณฑ์กติกา หรือทำผิดกฎหมายต่างๆ ใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น ในขณะที่หากมีการควบคุมอารมณ์ของตนเองมากเกินไป (regulatory over control) จะส่งผลต่อความรู้สึกเก็บกดจนเกิดเป็นความรู้สึกซึมเศร้าตามมา (Eisenberg et al., 1997) จึงสรุปได้ว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีปัญหาพฤติกรรมและเกิดภาวะซึมเศร้ามาจากการที่วัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Kowalenko et al., 2005) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ปล่อยให้เกิดความคิดในด้านลบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มองโลกและอนาคตแต่ในแง่ร้ายก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ง่าย (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ดังนั้น การแก้ไขภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมจึงต้องพัฒนาให้เด็กกลุ่มนี้เกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรม Adolescents Coping with Emotions (ACE) ของโควาเลนโก้ และคณะ (Kowalenko et al., 2005) เป็นการบำบัดที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมมีทักษะการจัดการปัญหาอารมณ์ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่มีปัญหา มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม และเกิดทักษะทางสังคม ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการนำรูปแบบการจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดดังกล่าวมาใช้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งรับผิดชอบดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นไทย อีกทั้งได้นำเนื้อหาในคู่มือการจัดการกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของ คล๊าก เลวินสัน และฮอปส์ (Clarke, Lewinsohn, & Hops, 1990) มาผนวกกับการนำแนวคิดการพัฒนากลุ่มของมาร์แรม (Marram, 1978) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้ ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้ดี ยอมรับตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อันจะนำไปสู่การช่วยเหลือที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับ

อารมณ์

2. ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่ำว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง จนอาจนำไปสู่การเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตและมีปัญหาพฤติกรรมตามมาได้ง่าย เช่น ต่อต้านสังคม ก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง ใช้สารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมมักจะพบปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Angold & Costello, 1993; Meller & Borchardt, 1996) ทั้งนี้การอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อาจมีความแตกต่างกันตามสมมติฐานของแต่ละแนวคิดทฤษฎี โดยกลุ่มแรกเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ผิดปกติตามมา เช่น โคแวคส์และคณะ (Kovacs et al., 1988) พบว่าการที่วัยรุ่นเกิดความยุ่งยากในการจัดการกับอาการและผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ตนเองมีอยู่ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่มีปัญหาในลักษณะต่าง ๆ มากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่สนับสนุนความเชื่อนี้ยังมีค่อนข้างจำกัด ส่วนกลุ่มที่สอง ซึ่งมีผลการศึกษาหลายเรื่องสนับสนุนแนวคิดนี้ โดยเชื่อว่าปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา หรือ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะต่อมาได้ง่าย (Puig-Antich, 1982)

นอกจากแนวคิดเรื่องความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ทั้งสองกลุ่มดังข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันได้เกิดแนวคิดใหม่ที่เชื่อว่าปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นพลวัตร (a dynamic link) ทำให้สามารถพบปัญหาทั้งสองอย่างในวัยรุ่นได้พร้อมๆ กัน หรือเป็นปัญหาร่วมที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น (Kowalenko et al., 2005) ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาร่วมของปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เกิดจากการที่วัยรุ่นมีความพร่องในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (emotion regulation deficits) (Frick & Morris, 2004; Kowalenko et al., 2005) ซึ่ง อีเซนเบอร์ก (Eisenberg et al., 1997) ให้นิยามว่า "การควบคุมอารมณ์ (emotion regulation)" เป็นกระบวนการทั้งภายในและภายนอก ที่เกี่ยวข้องกับการริเริ่ม การคงไว้และการบรรเทา ทั้งในลักษณะของการเกิด ความรุนแรง และ การแสดงออกทางอารมณ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของบุคคล โดยตั้งสมมติฐานว่าหากวัยรุ่นควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ต่ำ (regulatory under control) จะส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอกในลักษณะต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว ดื้อ ไม่เชื่อฟัง ไม่ยอมไปโรงเรียน ละเมิดกฎเกณฑ์กติกาหรือทำผิดกฎหมายต่าง ๆ ใช้ยาเสพติด และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นต้น ในขณะที่หากมีการควบคุมอารมณ์ของตนเองมากเกินไป (regulatory over control) ก็อาจส่งผลต่อความรู้สึกเก็บกดจนเกิดเป็นความรู้สึกซึมเศร้าตามมาได้ (Eisenberg et al., 1997)

การแก้ไขปัญหาความพร่องในการจัดการกับอารมณ์ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีปัญหาพฤติกรรมและเกิดภาวะซึมเศร้าดังที่กล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรม Adolescents Coping with Emotions

(ACE) ของโควาเลนโก้และคณะ (Kowalenko et al., 2005) มาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นในประเทศไทย ทั้งนี้โปรแกรม ACE ได้รับการพัฒนาขึ้นจากหลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีทักษะระหว่างบุคคล ทฤษฎีจิตประคับประคองแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การปรับทางความคิดของเบ็ค (Beck et al., 1979) และแนวคิดการปรับอารมณ์ ซึ่งล้วนเป็นแนวคิด/ทฤษฎีที่จะส่งผลให้วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Hankin, Wetter, Cheely, & Oppenheimer, 2008; Kowalenko et al., 2005) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการพัฒนากลุ่มของ มาร์แรม (Marram, 1978) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการและ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดในโปรแกรม ACE เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้ดีแล้ว ยังเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จนคาดว่าจะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองและนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (the pretest – posttest randomized control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี ที่มีปัญหาพฤติกรรมร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี ที่มีปัญหาพฤติกรรมร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งที่ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี ได้จากนักเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 264 คน เพศชาย 128 คน เพศหญิง 136 คน ดำเนินการตามขั้นตอนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 72 คน เพศชาย 38 คน เพศหญิง 34 คน ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทดลอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนชาย ร้อยละ 63.4 และจุลจราพร ศรีเพชร (2544) พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่จากคุณลักษณะ คือ เพศ และคะแนนปัญหาพฤติกรรมในด้านการสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ ๆ รวม 20 คู่ จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยดำเนินกิจกรรมแก่กลุ่มทดลองซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาในด้านจริยธรรมของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการเรียน การรักษาและการรับบริการต่าง ๆ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มจะ

เป็นความลับ แต่จะนำไปวิเคราะห์โดยภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับจึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม ผู้วิจัยนำโปรแกรม Adolescents Coping With Emotions (ACE) ของ โควาเลนโก้ และคณะ (Kowalenko et al., 2005) อีกทั้งได้นำเนื้อหาในคู่มือการจัดการกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของ คล๊าก และคณะ (Clarke et al., 1990) มาผนวกกับการนำแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ มาร์แรม (Marram, 1978) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 8 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องของอารมณ์เชื่อมโยงกับความรู้สึกซึมเศร้า กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการวิเคราะห์ภาวะทางอารมณ์ของตนเองเชื่อมโยงเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การค้นหาและดักจับความคิดที่บิดเบือน กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยการยืนยันความต้องการของตนเอง กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการยอมรับและให้รางวัลกับความสำเร็จของตนเอง กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดการกับความขัดแย้งและทักษะการเจรจาต่อรอง กิจกรรมที่ 7 ทักษะการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 8 ทบทวนและสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการทั้งหมด โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ ไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ เรียนอยู่ชั้น เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา ความพึงพอใจต่อเกรดเฉลี่ยที่ผ่านมาภาวะสุขภาพผู้ดูแล สถานภาพสมรสของบิดา-มารดาบรรยากาศภายในครอบครัว และประวัติความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวหรือขัดแย้งกับเพื่อน แบบประเมิน SDQ ฉบับครูเป็นผู้ประเมิน

2.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory [CDI]) ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) แปลมาจากเครื่องมือต้นฉบับคือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก ที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้เหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-16 ปี ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ที่พบในเด็กในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวม 27 ข้อ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และจากการหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .88

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในนักเรียนซึ่งเป็นแบบประเมินตนเองของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพัฒนามาจาก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) โดยจัดกลุ่มพฤติกรรมได้ 5 ด้าน อันประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็ก 4 ด้าน และข้อคำถามที่แสดงจุดแข็งของเด็ก 1 ด้าน รวม 25 ข้อ การแปลผลคิดคะแนนรวมในกลุ่มข้อคำถามที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมเด็ก (ด้านที่ 1-4) จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 16-40 คะแนน แสดงว่ามีปัญหาพฤติกรรม แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในนักเรียนนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และจากการหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบประเมินพฤติกรรมตนเอง (SDQ) ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และวัดทันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 8

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่ม	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ				หลังได้รับโปรแกรมฯ			
	ซึมเศร้า		ไม่ซึมเศร้า		ซึมเศร้า		ไม่ซึมเศร้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม	20	100	0	0	19	95.50	1	5.00
กลุ่มทดลอง	20	100	0	0	1	5.00	19	95.50

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์ทุกคน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100 แต่หลังจากการได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์แล้ว พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 95.00 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทางตรงข้ามกันกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 95.00 ยังคงมีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีปัญหาพฤติกรรม และไม่มีปัญหาพฤติกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่ม	พฤติกรรมก่อนได้รับโปรแกรมฯ				พฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมฯ			
	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	20	100	0	0	6	30.00	14	70.00
กลุ่มควบคุม	20	100	0	0	20	100	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์/ดูแลตามปกติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทุกคนมีปัญหาพฤติกรรม คิดเป็น ร้อยละ 100 หลังจากการได้รับโปรแกรมการจัดการอารมณ์แล้ว พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 70.00 ไม่มีปัญหาพฤติกรรม ในทางตรงข้ามกันกลุ่มควบคุม ทุกคนยังคงมีปัญหาพฤติกรรม คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) กับกลุ่มควบคุม (n = 20) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	$\bar{X}$	*SD*	*df*	*t*	*p-value*
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม					
กลุ่มทดลอง	22.70	2.49	38	.401	.691
กลุ่มควบคุม	22.40	2.23			
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า					
กลุ่มทดลอง	21.45	3.22	38	.947	.350
กลุ่มควบคุม	21.80	3.19			

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20) หลังได้รับโปรแกรมฯ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	$\bar{X}$	*SD*	*df*	*t*	*p-value*
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม					
กลุ่มทดลอง	15.65	2.323	38	9.436	.000
กลุ่มควบคุม	22.30	2.129			
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า					
กลุ่มทดลอง	12.40	1.903	38	10.724	.000
กลุ่มควบคุม	18.95	1.959			

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์/ได้รับการดูแลตามปกติ

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม	$\bar{X}_{pre}$	$\bar{X}_{post}$	SD_{pre}	SD_{post}	*df*	*t*	*p-value*
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม							
กลุ่มทดลอง	22.70	15.65	2.494	2.323	19	10.450	.000
กลุ่มควบคุม	22.40	22.30	2.234	2.130	19	1.453	.163
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า							
กลุ่มทดลอง	19.65	12.40	1.268	1.903	19	23.637	.000
กลุ่มควบคุม	19.20	18.95	1.704	1.959	19	2.032	.056

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในทางตรงข้ามกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างกันอธิบายได้จากกระบวนการออกแบบการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย อีกทั้งมีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่เหมือนๆ กัน ส่วนในช่วงหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามตามสมมติฐาน

เมื่อพิจารณาร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้นของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทุกคนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) แต่หลังจากการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.00) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทางตรงข้ามกัน พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.00) ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่ สำหรับพฤติกรรมก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทุกคนมีปัญหาพฤติกรรม (ร้อยละ 100) แต่หลังจากการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มควบคุมทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.00) ไม่มีปัญหาพฤติกรรม ในทางตรงข้ามกันกลุ่มควบคุมพบว่าทุกคนยังคงมีปัญหาพฤติกรรม (ร้อยละ 100) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมก็แสดงให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นพลวัตร (a dynamic link) สามารถพบปัญหาทั้งสองอย่างในวัยรุ่นได้พร้อม ๆ กัน หรือเป็นปัญหาร่วมที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น (Kowalenko et al., 2005) และสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิด

ปัญหาร่วมของปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เกิดจากการที่วัยรุ่นมีความพร่องในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (emotion regulation deficits) (Frick & Morris, 2004; Kowalenko et al., 2005) การที่ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังจากได้รับโปรแกรม อธิบายได้จากหลักการให้การพยาบาลที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอารมณ์ไปใช้ ซึ่งเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจซึ่งพยาบาลให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยวัยรุ่นให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสอนให้วัยรุ่นเรียนรู้ และพัฒนาวิธีการเผชิญกับอารมณ์ของตนเองในทางสร้างสรรค์ ควบคู่กับการสอนวัยรุ่น ให้เรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม จัดกิจกรรมหรือเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้เรียนรู้สถานการณ์จริง ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับที่สอดคล้องกับความจริง ควบคู่กับการให้กำลังใจและแรงเสริมต่าง ๆ กิจกรรมเหล่านี้น่าจะเสริมสร้างให้วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพอันส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมลดลง

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรในทีมสุขภาพ โรงเรียน และองค์กรที่เกี่ยวข้องควรเห็นความสำคัญของการสนับสนุนหรือการฝึกให้นักเรียนรู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเอง และควรทำการศึกษาเกี่ยวกับบริบทของนักเรียนแต่ละคนที่มีปัญหาพฤติกรรมและซึมเศร้าเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมและซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มอื่น ๆ อันจะก่อเกิดประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2553). *จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ.* สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม พ.ศ. 2557, จาก http://www2.djop.moj.go.th

กรมสุขภาพจิต. (2546). *ปัญหาใจในวัยรุ่น.* สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม พ.ศ. 2557 จาก http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/42008/42008-3.htm

กัลญา แก้วอินทร์. (2545). *ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้นโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทย์ศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุลจราพร ศรีเพชร. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 14*(3), 162-173.

Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological

issues. *American Journal of Psychiatry, 150*(12), 1779-1791.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.

Hankin, B. L., Wetter, E., Cheely, C., & Oppenheimer, C. W. (2008). Beck' s Cognitive Theory of Depression in Adolescence: Specific prediction of depressive symptoms and reciprocal Influences in a multi-wave prospective study. *International journal of Cognitive Therapy, 1*(4), 313-332.

Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course.* Retrieve May 4, 2014, from http://www.kpchr.org/acwd /acwd.html.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B. C., Guthrie, I. K. Jones, S., et al. (1997). Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. *Child Development, 68*, 642–664.

Frick, P., & Morris, A. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(1), 54–68.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood. III.: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders, 15*(3), 205–217.

Kowalenko, R. E., Repee, R. M., Simmons, J., Wignall, A., Hoge, R., Whitefield, K., et al. (2005). Short-term effectiveness of a school-based early intervention program for adolescent depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*(4), 493-507.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., & Hops, H. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review, 19*, 329-342.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for depressed adolescent. *Behavior Therapy, 21*, 385-401.

Marram, G. K. (1978). The group approach in nursing practice (2 ed). Saint Louis: The C.V.

Meller, W. H., & Borchardt, C. M. (1996). Comorbidity of major depression and conduct disorder. *Journal of Affective Disorders, 39,* 123-126.

Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*(2), 118–128.