

An Effect of Coping Skill Training Program on Depression in Early Adolescents

Atirat Wattanapailin, Lalana Pratum, Yajai Sitthimongkol

Corresponding author:

A. Wattanapailin

E-mail: nsawl@mahidol.ac.th

Atirat Wattanapailin RN EdD

Assistant Professor

*Faculty of Nursing, Mahidol University,
Bangkok, Thailand*

Lalana Pratum RN MNS

Lecturer

*Prapokklao Nursing College,
Chuntaburi, Thailand*

Yajai Sitthimongkol RN PhD

Associate Professor

*Faculty of Nursing, Mahidol University,
Bangkok, Thailand*

Abstract

Purpose: To examine an effect of a coping skill training program on depression in early adolescents.

Design: Experimental research.

Methods: The study group consisted of 30 Mathayomsuksa 2 (8th grade) students from a school in Chantaburi Province. They were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 15 students each. Before the experiment, all 30 subjects were assessed to complete the Children's Depression Inventory. The experimental group then received the coping skill training program twice a week for 11 sessions. Each session lasted 60-90 minutes. On the other hand, the control group received the usual care provided by the school. Both groups of subjects were assessed to determine their depression again at post-intervention immediately, one-month, and three-month follow-ups. The depression scores elicited from the subjects in the experimental group were analyzed to compare the differences of mean scores between pre and post – intervention and to compare the difference of mean scores of depression between the experimental and the control groups using a repeated-measures ANOVA.

Main findings: The findings revealed that the mean score of depression of the subjects in the experimental group at post-intervention immediately, one-month follow-up and three-month follow-up was lower than that at pre-intervention with a statistical significance ($p < .001$). Moreover, the mean score of depression of the subjects in the experimental group was lower than in the control group at three points of time: post-intervention, one-month follow-up and three-month follow-up with a statistical significance ($p < .01$, $p < .01$, and $p < .05$, respectively).

Conclusion and recommendations: Based on the study findings, it is recommended that healthcare personnel who are involved with mental health care of adolescents should use the coping skill training program to prevent or reduce depression among adolescents. Training should also be provided to equip the adolescents with skills to deal with negative thought as well as various stress management skills to enable them to effectively cope with stress and prevent them from depression.

Keywords: adolescents, coping skill training program, depression

ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

อติรัตน์ วัฒนไพลิน ลลนา ประทุม ยาใจ สิกธิมมงคล

Corresponding author:

อติรัตน์ วัฒนไพลิน

E-mail: nsawl@mahidol.ac.th

อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ ด.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลลนา ประทุม พย.ม.

อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ยาใจ สิกธิมมงคล PhD

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนในเขตจังหวัดจันทบุรี ถูกสุ่มมา 1 ห้องเรียนและนักเรียนในห้องถูกสุ่มมา 30 คน หลังจากนั้นนักเรียนถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 11 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติที่ทางโรงเรียนจัดให้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง ณ เวลาเดียวกัน คือ เมื่อกลุ่มทดลองสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัย: ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง ($p < .01$, $p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น สามารถนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้ในเชิงป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยส่งเสริมและฝึกฝนให้วัยรุ่นมีทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบและมีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: วัยรุ่น โปรแกรมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงและทวีจำนวนมากขึ้น มีผลกระทบอย่างมากต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ทั้งโลกพบโรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคไม่ติดต่ออันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2004 รองจากโรคมะเร็ง¹ และประมาณการว่าจะเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2020² ส่วนโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอัตราความชุกตลอดชีพร้อยละ 6 ของวัยรุ่น หรือร้อยละ 4 ในวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี และร้อยละ 9 ในวัยรุ่นอายุ 18 ปี โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 ของเด็กและวัยรุ่น³⁻⁴ โรคซึมเศร้าทำให้วัยรุ่นมีพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคมล่าช้า มีระยะเวลาการป่วยนาน มีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีความบกพร่องด้านการเรียน ครอบครัว และสังคม มีแนวโน้มการใช้สุราหรือสารเสพติด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์สูง ถึงแม้ได้รับการรักษาแล้วยังคงมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัญหาทางจิตใจและสังคม และยังป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอายุน้อยเท่าใดจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้แต่งงาน มีความเสื่อมด้านสังคม อาชีพ และคุณภาพชีวิต มองชีวิตและตนเองในทางลบ โอกาสในการใช้สารเสพติดและเป็นโรคจิตกักขังสูงในวัยผู้ใหญ่ มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้า (depressive episode) และมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงชีวิตเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มิมีอาการโรคซึมเศร้าเมื่ออายุมากกว่า⁵⁻⁹ ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญในงานบริการสุขภาพจิต

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักไม่ตระหนักในอาการซึมเศร้าของตนเองและไม่พยายามหาความช่วยเหลือและเป็นสิ่งที่วินิจัยได้ยากเนื่องจากในวัยรุ่นทั่วไปจะมีอารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ มีความรู้สึกเบื่อเซ็งในชีวิต หมกมุ่นอยู่กับเรื่องราวของตนเอง หรือมีความรู้สึกสิ้นหวังได้¹⁰ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอาการแสดงที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไป ได้แก่ รู้สึกเศร้า สิ้นหวัง รู้สึกด้อยคุณค่า ขาดพลังงาน ขาดแรงจูงใจ ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ มีการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการรับประทานอาหารและการนอน อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจเกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เช่น โรคเกร (conduct disorder) หรือ มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร¹¹ ร้อยละ 36.9 - 67.6 ของวัยรุ่นในประเทศไทย มีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ¹²

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กันหลายปัจจัย กล่าวคือ 1) ปัจจัยเกี่ยวกับตัววัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยทางชีวการแพทย์ เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในระยะวัยรุ่น มีพ่อแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า¹³ การกลายพันธุ์ของยีน และการได้รับยาบางตัว 2) ปัจจัยด้านการรู้คิดที่เปราะบางต่อการกำเริบของโรคซึมเศร้า ได้แก่ผู้ที่มีแนวโน้มในการแปลความหมายเหตุการณ์ที่ประสพว่าเป็นการสูญเสียที่รุนแรง การตำหนิตนเอง และสิ้นหวัง และการขาดทักษะในการเผชิญปัญหา 3) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การถูกปฏิเสธ (neglect) หรือได้รับการทารุณกรรม (abuse) ความเครียดโดยทั่วไป รวมทั้งความขัดสนทางเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พ่อแม่ หรือความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด 4) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตกักขัง โรคสมาธิสั้น เกร มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (learning disorders) การติดยาเสพติด มีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะปัจจัยทางจิตสังคมด้านบรรยากาศในครอบครัวซึ่งเป็นสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรงและหลีกเลี่ยงไม่ได้ของวัยรุ่น ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่สนับสนุนช่วยเหลือหรือเอื้ออำนวยระหว่างกัน การมีปฏิสัมพันธ์แบบโกรธเคือง ขัดแย้ง และวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน^{5,14}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) โดยมีเป้าหมายไปยังปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ ความคิดทางลบหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล การมีกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขน้อย และการขาดทักษะการเผชิญปัญหา การบำบัดให้ผลดีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ การลดความคิดในทางลบ การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางสังคม และพบว่าลักษณะของการช่วยเหลือเป็นรายกลุ่มมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากกว่ารายบุคคล¹⁵⁻¹⁶ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้การปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้นในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย Lewinsohn และ Clarke¹⁷⁻¹⁸ ได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการสอนให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับความคิดทางลบ สามารถผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด มีทักษะในการสื่อสาร ทักษะกล้าแสดงออก และมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งพบว่าโปรแกรมนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิตในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)¹⁹ มีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพจิตที่ดี และดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างศักยภาพด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นซึ่งเป็นอนาคตของประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นจึงถือเป็นภารกิจที่สำคัญของบุคลากรทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น เพื่อลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตจังหวัดจันทบุรี โดยการปรับจากโปรแกรมที่ Lewinsohn และ Clarke ได้พัฒนาขึ้น และมีการศึกษาวิจัยมาแล้วว่าสามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเมื่ออยู่ในชั้นเรียนที่สูงขึ้น และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนสามารถนำไปใช้ป้องกันความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแก่นักเรียนที่อยู่ในวัยรุ่นตอนต้นของโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนกลุ่มที่เข้าโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามักต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. นักเรียนกลุ่มที่เข้าโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามักต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนสตรีในชั้นมัธยมศึกษาและโรงเรียนสหศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดจันทบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก โดยสุ่มห้องเรียนจำนวน 1 ห้องจากทั้งหมด 12 ห้อง จากนั้นจึงเลือกนักเรียนในห้องที่มีลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ก) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางจิต โรคทางจิตเวช หรือโรคทางระบบประสาท ข) ไม่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (คะแนนของภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory, CDI) ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ถูกสุ่มเข้ามาในสองกลุ่มๆ ละ 15 คน จากนั้นทำการสุ่มว่ากลุ่มใดได้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มใดได้เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับจาก “Adolescent Coping with Depression Course”¹⁷ และ “The Adolescent Coping With Stress Class”¹⁸ มีลักษณะเป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งใช้แนวความคิดการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ทั้งหมดจำนวน 11 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 3 ความคิดทางลบและภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 4 การหยุดคิด ครั้งที่ 5 เปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวก ครั้งที่ 6 การฝึกการผ่อนคลาย ครั้งที่ 7 ทักษะการสื่อสาร ครั้งที่ 8 การฝึกทักษะกล้าแสดงออก ครั้งที่ 9-10 ทักษะการแก้ไขปัญหา และครั้งที่ 11 สรุป ประเมินผลและปิดกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนในภาคการศึกษาที่ผ่านมา ความพึงพอใจในผลการเรียนของภาคการศึกษาที่ผ่านมา สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย บรรยายกายภายในครอบครัว และความขัดแย้งกับบิดามารดาและเพื่อนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory, CDI) ที่สร้างโดย Maria Kovacs และแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต

ลิชนพิชิตกุล²¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยตัวเลือก 3 ตัวเลือก ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลยหรือน้อยมาก คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อยคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา พิสัยคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 54 คะแนน ถ้ามีคะแนนรวม 15 - 20 คะแนน บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีนัยสำคัญทางคลินิก และคะแนนรวมตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กฉบับภาษาไทย มีความตรงในการจำแนกสูง ค่า sensitivity = 78.7% specificity = 91.3 % และ accuracy = 87% และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

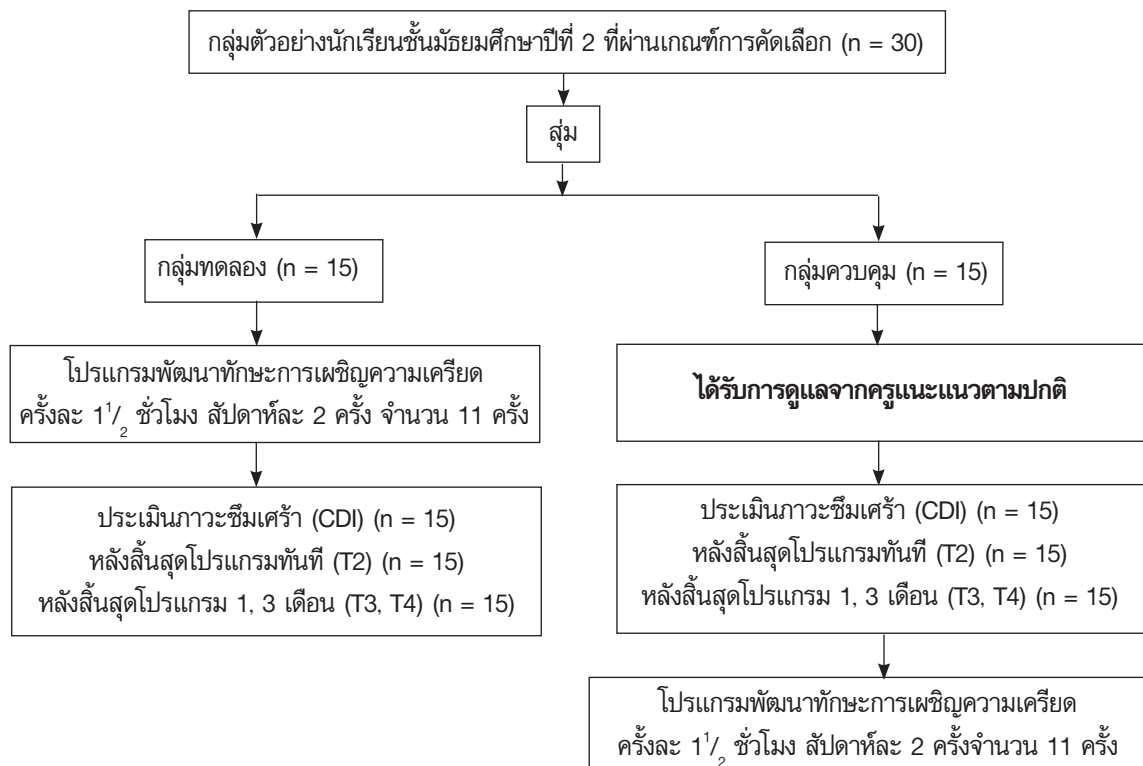
การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลและจัดกิจกรรม

ตามโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทั้งหมดในคาบแนะแนวซึ่งครูแนะแนวจะจัดชั่วโมงให้นักเรียนทุกคนเข้ากิจกรรมครบทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ฝึกประสบการณ์ทั้งในการเป็นผู้นำกลุ่มจิตบำบัดและผู้ช่วยกลุ่มและได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร “เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้การปรับการรู้คิดและพฤติกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวก” ผู้วิจัยได้คัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพื่อให้ช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างทั่วถึง และป้องกันปัญหาการเบี่ยงเบนของทั้ง 2 กลุ่มด้วยการสร้างข้อตกลงตั้งแต่ครั้งแรกที่พบกันว่า โปรแกรมนี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในวัยรุ่นต่อไป จึงต้องการทราบผลการวิจัยที่แท้จริง และขอความร่วมมือจากกลุ่มทดลองไม่ต้องบอกเล่ากิจกรรมที่กลุ่มนี้ได้รับให้กับเพื่อนๆ ทราบ เนื่องจากภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มควบคุม (wait-list control) ก็จะได้ทำกิจกรรมเช่นเดียวกัน ซึ่งถือเป็นข้อตกลงหนึ่งของกลุ่ม

การดำเนินการเก็บข้อมูล กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลำดับขั้นตอนดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (Mean=13.53, 13.73) มีค่าเฉลี่ยของ GPA ใกล้เคียงกัน (Mean = 2.96, 2.97) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อ GPA ของภาคการศึกษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 53.3 และ 73.3 ตามลำดับ) บิดามารดา

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (80%, 93.3%) ค่าเฉลี่ยของรายได้เฉลี่ยของครอบครัวกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 14,466.67, 9,866.67) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาและเคยมีความขัดแย้งกับบิดามารดาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 80 และ 60 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) ไม่เคยมีความขัดแย้งกับเพื่อนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) ตอบว่าเคยมีความขัดแย้งกับเพื่อนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ภายหลังการทดลองพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และให้ข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน ครบทุกคนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนอาการซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง สิ้นสุดโปรแกรมทันที หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 15)			กลุ่มควบคุม (n = 15)		
	Mean	SD	Min-Max	Mean	SD	Min-Max
ก่อนการทดลอง	12.73	4.88	6-20	12.74	4.57	6-20
สิ้นสุดโปรแกรมทันที	7.47	5.11	1-17	10.67	4.81	2-20
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน	6.87	5.13	0-15	11.13	5.66	3-20
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน	7.07	4.33	0-15	9.60	5.65	3-26

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า

ระยะก่อนทดลอง (Pre-test) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน

คะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Difference	p-value
ก่อนร่วมโปรแกรม (T1)	12.73	4.88		
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที (T2)	7.47	5.11	5.267	.000
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน (T3)	6.87	5.13	5.867	.000
หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน (T4)	7.07	4.33	5.667	.000

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .01$, $p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

source	Test	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
group	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที (T2)	87.886	1	87.886	9.653	.004
	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน (T3)	150.308	1	150.308	9.645	.004
	หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือน (T4)	56.013	1	56.013	4.239	.049

การอภิปรายผล

วัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lewinsohn¹⁷ Clarke¹⁸ และ Cuijpers และคณะ²² ที่พบว่าโปรแกรมการสอนทักษะการเผชิญความเครียด สามารถลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน

โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดช่วยให้วัยรุ่นมีโอกาส 1) ฝึกทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบโดยการพิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น ฝึกทักษะในการช่วยให้หยุดคิดทางลบ และเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกที่อยู่บนความเป็นจริง 2) ฝึกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลาย และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ความเครียดต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการผ่อนคลายทักษะการสื่อสาร ทักษะกล้าแสดงออก และทักษะการแก้ไขปัญหา 3) เปิดเผยเรื่องส่วนตัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ทักษะการเผชิญความเครียดที่หลากหลายจากประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม การให้ข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกัน และให้แรงเสริมทางบวกเมื่อสมาชิกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม 4) นำวิธีการต่างๆที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปฝึกปฏิบัติและทำการบ้าน ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการบำบัดด้วยวิธีการของ CBT²² การบ้านจะประกอบด้วย บันทึกอารมณ์ของวัยรุ่นในแต่ละวัน สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความคิดและความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่และการให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถคิดทางบวกได้

วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเข้าโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะ

ซึมเศร้า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกระบวนการของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดส่งเสริมให้วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีความเข้าใจตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ฝึกการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกการจัดการกับความวิตกกังวลและเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ใช้วิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด มีทักษะในการสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ทำให้วัยรุ่นสามารถนำวิธีการต่างที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะซึมเศร้า²³

โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดมีลักษณะเป็นการให้สุภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ที่มีขนาดของกลุ่มพอเหมาะและทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัด (therapeutic factor) ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันกัน (cohesiveness) ความรู้สึกตนเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เรียนรู้ว่าเป็นปัญหาเป็นสากล ทุกคนต่างก็พบกับปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยในการบำบัดเหล่านี้มีผลให้ระดับของความสามารถทางการรู้คิดสูงขึ้น และทำให้วัยรุ่นสามารถช่วยกันค้นหาความคิดทางลบของแต่ละคนได้เร็วขึ้น และมีการให้ข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือน (cognitive distort) ลดลงได้²⁰

อย่างไรก็ตาม ในระยะติดตามผล ที่ 3 เดือน แม้ว่าจะคะแนนภาวะซึมเศร้าจะมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ก็อาจถือว่าเป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ marginal significance นั่นคือ ค่า p-value เท่ากับ .049 ดังนั้นในการแปลผลจึงควรตระหนักถึงประเด็นนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น ได้แก่ ครูประจำชั้น ครูแนะแนว พยาบาลสุขภาพจิตชุมชน สามารถนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้ในการป้องกันหรือลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้โดยศึกษาวิธีการใช้โปรแกรมและได้รับการฝึกทักษะการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม

2. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในวัยรุ่น และผู้นำกลุ่มควรมีวิธีการจูงใจให้วัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่วัยรุ่น

3. ผู้นำกลุ่มควรใช้วิธีการต่างๆ ในการกระตุ้นให้วัยรุ่นที่เข้ารับการปรับพฤติกรรมเห็นความสำคัญของการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติและการทำที่บ้าน

4. ควรมีการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นชายกับวัยรุ่นหญิงด้วย เนื่องจากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในเฉพาะวัยรุ่นหญิงเท่านั้นซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Switzerland: World Health Organization; 2008.
2. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. France: World Health Organization; 2004.
3. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. J Clin Psychiat. 2004;65(12):1654-9; quiz 760-1.
5. Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. Br J Psychiat. 2006;188(3):216-22.
6. Essau CA. Course and outcome of major depressive disorder in non-referred adolescents. J Affect Disorders. 2007;99(1-3):191-201.
7. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, et al. Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder. Am J Psychiat. 2007;164(10):1539-46.
8. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. Am J Psychiat. 2000;157(10):1584-91.
9. Pettit JW, Lewinsohn PM, Roberts RE, Seeley JR, Monteith L. The long-term course of depression: development of an empirical index and identification of early adult outcomes. Psychol Med. 2009;39(3):403-12.
10. Reinherz HZ, Paradis AD, Giaconia RM, Stashwick CK, Fitzmaurice G. Childhood and Adolescent Predictors of Major Depression in the Transition to Adulthood. Am J Psychiat. 2003 December 1, 2003;160(12):2141-7.
11. Dundon EE. Adolescent Depression: A Metasynthesis. J Ped Health Care. 2006;20(6):384-92.
12. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Depression in junior high school students in the Bangkok metropolis. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(3):162-73. (in Thai)
13. Sukanich P. Depression in Children & Adolescents Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1997;42(1):35-49.

14. Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olino TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med*. 2005;35(3):353-65.
15. Merry S, McDowell H, Wild C, Bir J, Cunliffe R. A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2004;43(5):538-47.
16. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(3):486-503.
17. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*. 1990;21:385-401.
18. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomised trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child & Adolescent Psychiat*. 1995;34:312-21.
19. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Strategic Planning, Department of Mental Health in the last phase of the Tenth of National Economic and Social Development Plan (BE. 2007 – 2011). Nonthaburi: Lamom; 2009. (in Thai).
20. Cummings NA, Cummings JL, William TOD, Nicholas AC. 3 - Psychoeducation in Conjunction with Psychotherapy Practice. Evidence-Based Adjunctive Treatments. San Diego: Academic Press; 2008. P. 41-59.
21. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Depressive Symptoms in Children: A Study Using The Children's Depression Inventory. 1996;41(4):222-34. (in Thai)
22. Cuijpers P, Munoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinic Psychol Rev*. 2009;29(5):449-58.
23. Vitiello B. Prevention and treatment of child and adolescent depression: challenges and opportunities. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20(1):37-43.