



ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและ พฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เขตกรุงเทพและปริมณฑล*

จันทิรา เมฆวิสัย พย.ม.**

นิตยา ตากวิริยะนันท์ ปร.ด.***

สารรัตน์ วุฒิอาภา ปร.ด.****

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนอาจเกิดจากความคิดทางลบ ความคิดที่ไร้เหตุผล และการขาดทักษะทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะขาดการควบคุมตนเอง การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นของวัยรุ่นที่กระทำความผิด กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนเขตกรุงเทพและปริมณฑลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงที่สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ และมีพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นระดับน้อยถึงปานกลาง จำนวน 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 10 ครั้ง และการดูแลตามปกติของศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่น และการดูแลตามปกติของศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม วัดผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนได้ และควรขยายผลเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม วัยรุ่น ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่น

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

***รองศาสตราจารย์ประจำสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

****อาจารย์ ดร.ประจำสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



The Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program on the Depression And Impulsivity Among Adolescents in Juvenile Training Centers in Bangkok and Vicinity Areas*

Jantira Makewilai M.N.S**

Nidtaya Takviriyannun PhD***

Sararud Vuthiarpa PhD****

Abstract

Depression and impulsivity among adolescents in juvenile training centers may be caused by negative thoughts, irrational thoughts, the lack of important social skills, and especially the lack of self-control. Helping these youths to reduce their depression and impulsivity is important. This quasi-experimental research was designed to study the effectiveness of cognitive and behavioral therapy programs on the depression and impulsivity among adolescents in juvenile training centers. Sixty randomly-selected adolescents in these centers in Bangkok and vicinity areas exhibited moderate to severe depression and moderate impulsivity. These were randomly assigned to either the experimental or control group. Thirty samples in the experimental group received ten sessions of the cognitive and behavioral therapy program and the usual care in the juvenile training center. Thirty samples in the control group received knowledge about depression and impulsivity and the usual care in the juvenile training center. Program evaluation using a self-reported questionnaire was conducted 3 times: before the program began, immediately after program completion, and four weeks after program completion. The effects of the program were determined by repeated measure ANOVA and t-test.

The results showed that the mean scores for depression and the mean scores for the impulsivity in the experimental group were lower statistically significant across the two times of evaluation after program completion. Additionally, the mean scores for the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p < .05$).

The results of this study suggest that this program can reduce depression and impulsivity among adolescents in juvenile training centers and should be extended in further study using more samples.

Keywords : cognitive and behavioral therapy, adolescents, depression, impulsivity

*Degree of Master of Nursing Science In Psychiatric Nursing And Mental Health, Faculty of Nursing, Thammasat University.

**Registered Nurse, Practitioner Level, Galyarajanagarindra Institute.

***Associate Professor, In Psychiatric Nursing And Mental Health, Faculty of Nursing, Thammasat University.

****Lecturer. In Psychiatric Nursing And Mental Health, Faculty of Nursing, Thammasat University.



บทนำ

วัยรุ่นที่กระทำผิดมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป จากการต้องเผชิญสถานการณ์วิกฤติในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด และมีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่กระทำผิด¹ จากการศึกษาวัยรุ่นที่กระทำผิด พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 50-90² ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรมและอารมณ์ พบว่าปัญหาพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ไม่ดีจนแสดงออกเป็นพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ถึงร้อยละ 46 ส่วนความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood disorder) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่กระทำผิดมีความผิดมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57² ในต่างประเทศ พบว่า วัยรุ่นเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 25-70^{2,3} ในประเทศไทยนั้นพบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 60-90^{4,5}

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นที่กระทำผิดทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม โดยทำให้มีการมองตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองสูง ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์หรือทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กระทำผิด ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบ การประสบเหตุการณ์ทางลบในชีวิต (negative life events)⁶ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง³ สำหรับในประเทศไทย มีงานวิจัยไม่มากนักที่ศึกษาปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิด พบว่าความเชื่อที่ไร้เหตุผล และการครุ่นคิดถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทางลบ^{5,7} และการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁴

พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปของการขาดการควบคุมอารมณ์ตนเอง ขาดการยับยั้งชั่งใจ และขาดการวางแผนสามารถพบได้ในวัยรุ่นทั่วไปและพบได้สูงในวัยรุ่นที่กระทำผิด⁸ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นทั้งทางด้านการบกพร่องความสามารถในการควบคุมตนเอง ด้านการขาดความยับยั้งชั่งใจในความคิดและพฤติกรรมของตนเอง และด้านการกระทำโดยการขาดกระบวนการคิดและวิเคราะห์อย่างรอบคอบ⁹ รวมทั้งความเครียดที่ต้องถูกควบคุมตัว และการเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองทำให้วัยรุ่นที่กระทำผิด รู้สึกถึงการถูกคุกคาม ขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์กดดันที่เกิดขึ้น

และอาจแสดงออกในรูปของพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่กระทำผิด¹¹ วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นจะมีภาวะซึมเศร้า ร่วมด้วย ขณะเดียวกันวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น มีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองได้สูง¹²

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) เป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาภาวะซึมเศร้า การบำบัดนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดหรือการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ของเบ็ค¹³ โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งก็จะมีผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ ตามมาด้วย ด้วยแนวคิดนี้ หากช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบและปรับความคิดทางลบที่ไร้เหตุผลเหล่านั้นให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล ไม่บิดเบือนจากความเป็นจริง ร่วมกับการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ บุคคลจะมีอารมณ์เศร้าลดลง และมีพฤติกรรมแสดงออกเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรม CBT นั้นมีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป^{14,15} แต่การศึกษาในวัยรุ่นที่กระทำผิด ยังมีอยู่จำกัด มีเพียงการศึกษาเดียวในต่างประเทศของโรเดและคณะ¹⁶ และการศึกษาเดียวในประเทศไทยของมะลิสา งามศรี นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ศุภรา เชาว์ปรีชา¹⁷ ซึ่งศึกษาในวัยรุ่นที่กระทำผิด และมีภาวะซึมเศร้า พบว่าโปรแกรม CBT มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กระทำผิด ได้

สำหรับพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น เป้าหมายในการรักษา คือ การลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองให้มากขึ้น โดยมีการบำบัดทางพฤติกรรมด้วยการฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และทักษะการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า โปรแกรม CBT นั้นมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้ โดยมีการบำบัดทางความคิดและการบำบัดทางพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดการควบคุมตนเอง (self-control)¹⁸



จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น แต่พบงานวิจัยในต่างประเทศซึ่งศึกษาผลของการช่วยเหลือวัยรุ่นด้วยโปรแกรม CBT พบว่าโปรแกรม CBT มีประสิทธิภาพในลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้^{19,20} อย่างไรก็ตามการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CBT ในการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ จึงยังไม่ชัดเจนว่าโปรแกรม CBT ที่ออกแบบกิจกรรมโดยมีเป้าหมายทั้งการบำบัดความคิดอัตโนมัติทางลบ/ความเชื่อที่บิดเบือนไร้เหตุผล ร่วมกับการพัฒนาความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองของวัยรุ่นที่กระทำผิด จะมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้เช่นเดียวกับในต่างประเทศหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ของวัยรุ่นที่กระทำผิดในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ของวัยรุ่นที่กระทำผิดในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) ของเบ็ค¹³ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และแนวคิดในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยเบ็ค¹³ อธิบายว่าเหตุการณ์ที่เจ็บปวดจะนำไปสู่ความเชื่อที่บิดเบือนไร้เหตุผลในการมองตนเอง มองสังคม และมองโลกทางลบจนทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางกายของบุคคลตามมา เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดๆ ขึ้นในปัจจุบันที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในอดีต บุคคลก็จะตีความหมายต่อเหตุการณ์ใหม่นั้นว่าเป็นเรื่องไม่ดีและเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมี

พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป และบางคนอาจแสดงพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นร่วมด้วย

การออกแบบโปรแกรม CBT สำหรับวัยรุ่นกระทำผิดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงกิจกรรมตามแนวคิดองค์ประกอบการจัดกิจกรรมของสตอลลาด²¹ ร่วมกับแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นด้วยการปรับพฤติกรรมการควบคุมตนเองของชอเรสเซน และมาโฮนี²² เป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม ในการศึกษาวิจัยนี้มีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรมโดยเชื่อว่าภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและภายหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ โปรแกรม CBT จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม ร่วมกับการวัดซ้ำ (Two-Group with Repeated Measures Design) โดยวัดผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์

ประชากรที่ศึกษา คือ วัยรุ่นชายที่อาศัยอยู่ในศูนย์ฝึกฯ ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นระดับน้อยถึงปานกลาง **กลุ่มตัวอย่าง** คือ วัยรุ่นชาย อายุ 15-24 ปี ในศูนย์ฝึกฯ ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) เป็นวัยรุ่นชายๆ และมีอายุระหว่าง 15-24 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย (Health-Related Self-Reported Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) โดยมีคะแนนระหว่าง 25-40 คะแนนซึ่งหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (แต่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้) 3) มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นจากการประเมินด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นของบาร์เรทท์ (The Barratt Impulsivity Scale [BIS-11])²⁵ โดยต้องมีคะแนนระหว่าง 31-90 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่ระบุว่ามีความหุนหันพลันแล่นในระดับน้อยถึงปานกลาง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.2²³ ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบที่ระดับร้อยละ



95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง ที่ระดับ 0.25 สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA: within-between interaction, 2 group วัดซ้ำ 3 ครั้ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 44 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ดังนั้นได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย **การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม** มีดังนี้ 1) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์ฝึกฯ มีลักษณะการดูแลด้านสุขภาพจิตตามปกติที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วย 5 ศูนย์ฝึกฯ จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ครั้งที่ 1 จากศูนย์ฝึกฯ 5 ศูนย์ฝึกฯ เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลาก ครั้งที่ 2 จากศูนย์ฝึกฯ ที่เหลือ 4 ศูนย์ฝึกฯ เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม 2) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ในศูนย์ฝึกฯ ทั้ง 2 แห่งที่สุ่มได้ 3) จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกได้ตามข้อ 2 จำนวน 30 คู่ โดยการจับคู่ด้านอายุ ได้กลุ่มทดลอง 30 ราย และ กลุ่มควบคุม 30 ราย สำหรับกลุ่มทดลองได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม CBT ตามแนวคิดทฤษฎีของเบ็ค¹³ โดยพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมตามแนวคิดของสตอลลาต²¹ ร่วมกับแนวคิดการปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการควบคุมตนเองของชอเรนเซนและมาโฮนี²² รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมได้รับการพัฒนาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและบริบทของกลุ่มวัยรุ่นที่กระทำผิด เป็นลักษณะกิจกรรมกลุ่มใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม จำนวนสมาชิก 10-12 คนต่อกลุ่ม โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับกิจกรรมของโปรแกรม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.86 และนำไปทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมกับวัยรุ่นที่กระทำผิด จำนวน 10 ราย ก่อนนำไปใช้จริง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พัฒนาโดย ดวงใจ กสานติกุล และคณะ²⁴ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (likert scale) 4 ระดับ

โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเลย, 1 คะแนน หมายถึง มีอาการบางครั้ง, 2 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างบ่อย, 3 คะแนน หมายถึง มีอาการบ่อย คะแนนรวมจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่ามีคุณภาพดี การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้เท่ากับ 0.88 3) แบบประเมินพฤติกรรมหุ่นยนต์พลันแลนของบาร์เรท²⁵ สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1959 โดย เออร์เนส บาร์เรท²⁶ ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ได้ปรับปรุง โดยแพทตัน และคณะ²⁵ มีทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (likert scale) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-4 ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม, 2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเป็นบางครั้ง, 3 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมบ่อยครั้ง, 4 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเกือบทุกวัน คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน เครื่องมือชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย และ ผศ.ดร. นิตยา ตากวิริยะนันท์ ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยจิตแพทย์ใช้เทคนิคการแปลและแปลย้อนกลับ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา กับวัยรุ่นไทยได้เท่ากับ 0.97 ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับวัยรุ่นในศูนย์ฝึกฯ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

จริยธรรมในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ และได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ให้สามารถดำเนินการศึกษาวิจัยได้ จากนั้นผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ

การดำเนินการทดลอง 1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง มีการเตรียมการดังนี้ 1) ผู้ทำการทดลอง คือ ผู้วิจัย 2) ผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ 2 คนแรก ช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลวิจัย และผู้ช่วยวิจัยอีก 1 คน ช่วยในการทำกลุ่มร่วมกับผู้วิจัย 3) ก่อนการทดลองผู้วิจัยได้ทำการคัดกรองวัยรุ่นในศูนย์ฝึกฯ ทั้ง 2 แห่ง ที่เป็นสถานที่ศึกษาวิจัย ผลการคัดกรองวัยรุ่น 193 ราย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย



ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 43 และมีคะแนนพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นระดับน้อยถึงรุนแรง ร้อยละ 100 ในจำนวนนี้มีอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.7 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มตามคุณสมบัติการคัดเลือกเข้า 2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การทดลอง ร่วมกับ ผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการทดลองแต่ละกลุ่มในระยะเวลาใกล้เคียงกัน เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน 2560 โดยใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลปกติของศูนย์ฝึกฯ ร่วมกับได้รับโปรแกรม CBT เป็นรายกลุ่มจำนวน 10 กิจกรรม และได้มอบหมายการบ้านเพื่อให้นักกลุ่มตัวอย่างนำไปฝึกอย่างต่อเนื่องรวมทั้งรวมทั้งหมด 9 ครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลปกติของศูนย์ฝึกฯ ร่วมกับแจกเอกสารความรู้การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่น 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และภายหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) วิเคราะห์เปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในช่วง 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนด้วยการวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) และเปรียบเทียบความต่างระหว่างคู่ด้วยวิธี Bonferroni และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติที่

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา M(SD)			time	F group
	ก่อนการทดลอง	หลังทดลองสิ้นสุดทันที	หลังทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์		
• ภาวะซึมเศร้า				1005.68***	151.51**
กลุ่มทดลอง (n=30)	31.90(2.52)	18.37(3.68)	12.50(2.22)		*
กลุ่มควบคุม (n=30)	31.83(2.47)	28.80(2.70)	24.03(2.16)		
• พฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่น				685.56***	44.80***
กลุ่มทดลอง (n=30)	74.63(5.49)	60.23(3.23)	51.47(2.73)		
กลุ่มควบคุม (n=30)	74.03(6.18)	69.60(5.69)	66.23(5.13)		

***p<.001

(independent t-test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี ร้อยละ 96.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับ มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 80 และ 66.7 มีแรงจูงใจในการกอดคอตีจากขาดการบังคับ ร้อยละ 53.3 และ 50 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติที่ (t-test) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{depress} = .104, p>.05$), ($t_{impulse} = .398, p>.05$) นั่นคือก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ในภาพรวม (overall effect) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันปลิ้นแล่นในแต่ละช่วงเวลาของทั้งสองตัวแปรมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p<.001$) ดังแสดงตารางที่ 1



เมื่อแยกทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เป็นรายกลุ่ม แยกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เช่นเดียวกัน ($p < .001$)

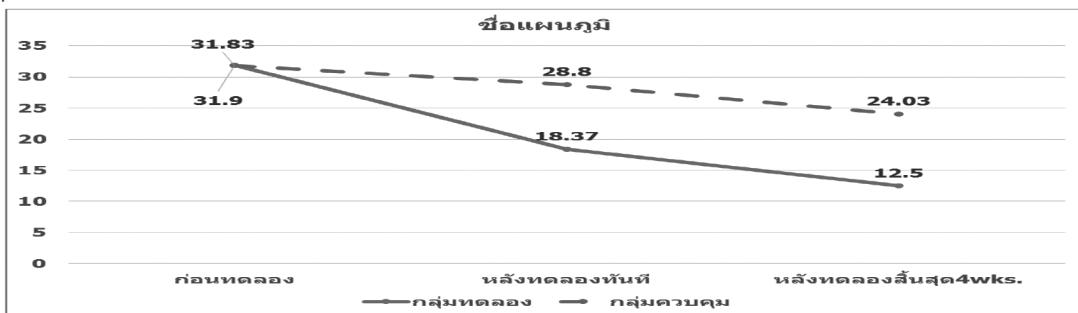
เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงเวลาเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองสั้นสุดทันทีและหลังการ

ทดลองสั้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองสั้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และภาพที่ 2 นั่นคือโปรแกรม CBT สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในช่วงหลังการทดลองสั้นสุดทันที และหลังการทดลองสั้นสุด 4 สัปดาห์

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างเวลาเป็นรายคู่

กลุ่ม	หลังทดลองทันที	หลังทดลองสั้นสุด 4 wks.
• กลุ่มทดลอง		
ก่อนการทดลอง	13.53***	19.40***
หลังการทดลองสั้นสุดทันที		5.87***
• กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	3.03***	7.80***
หลังการทดลองสั้นสุดทันที		4.77***

*** $p < .001$



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงเวลา

เมื่อแยกทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นที่มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เป็นรายกลุ่ม แยกระหว่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$)

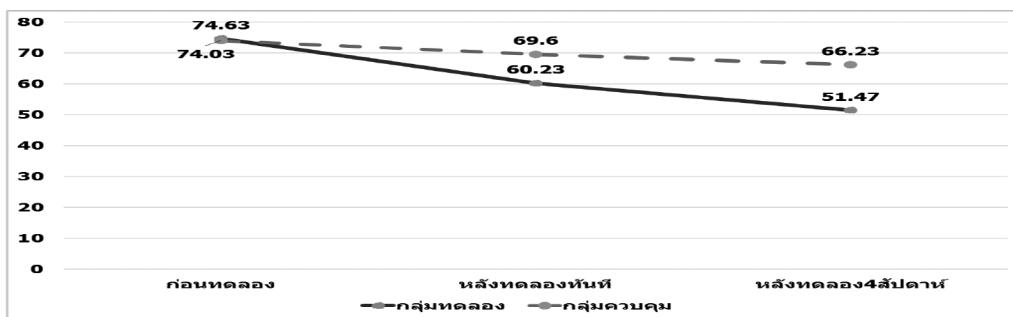
เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นระหว่างช่วงเวลาเป็นรายคู่ พบว่ากลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหลังการทดลองสั้นสุดทันที และหลังการทดลองสั้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหลังการทดลองสั้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 และภาพที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นระหว่างเวลาเป็นรายคู่

กลุ่ม	หลังการทดลองทันที	หลังการทดลองสั้นสุด 4 สัปดาห์
• กลุ่มทดลอง		
ก่อนการทดลอง	14.40***	23.17***
หลังการทดลองสั้นสุดทันที		8.77***
• กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	4.43***	7.80***
หลังการทดลองสั้นสุดทันที		3.37***

*** $p < .001$



ภาพที่ 3 : เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่นของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงเวลา

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่น ในช่วงเวลาหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBT สิ้นสุดทันทีและหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม CBT ต่อการลดภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป^{14,15} แต่การศึกษาในวัยรุ่นที่กระทำผิดยังมีอยู่จำกัดมีเพียงการศึกษาเดียวในต่างประเทศของโรเดและคณะ¹⁶ และการศึกษาเดียวในประเทศไทยของมลิสา งามศรี นิตยา ตากวิริยะนันท์ และศุภรา เชาว์ปรีชา¹⁷ ซึ่งศึกษาในวัยรุ่นที่กระทำผิด และมีภาวะซึมเศร้า พบว่าโปรแกรม CBT มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กระทำผิด ได้สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่นนั้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBT ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม CBT ต่อการลดพฤติกรรม

หุ่นหันพลิ้นแล่นในวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น²⁷ อย่างไรก็ตาม การปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการควบคุมตนเอง และการเพิ่มทักษะทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงสามารถลดพฤติกรรมเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาได้²⁸ การศึกษาของต่างประเทศ ผลการศึกษาพบสอดคล้องกันว่า โปรแกรม CBT มีประสิทธิภาพในลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่นได้^{19,20}

การที่โปรแกรม CBT สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้นั้นอาจอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์ซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือให้ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และปรับความคิดทางลบที่ไร้เหตุผลเหล่านั้นให้เป็นความคิดทางบวกที่มีเหตุผลเป็นจริงและมีประโยชน์ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเพิ่มทักษะทางสังคมที่สำคัญก็จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ ทั้งนี้อาศัยหลักการสำคัญของการปรับความคิดและพฤติกรรมของเบค¹³ ดังนี้ 1) การสำรวจ ตรวจสอบอารมณ์ของตนเอง (identifying moods) เพื่อตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา 2) การมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่นเพื่อให้เข้าใจในอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันพลิ้นแล่นของตนเอง เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเกิดอารมณ์ทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 3) การจัดการกับความคิดที่บิดเบือน ความคิดอัตโนมัติทางลบ เปลี่ยนเป็นความคิดทางบวกที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือน และมีประโยชน์ หากไม่สามารถปรับความคิดได้ก็ต้องรู้จักยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เมื่อฝึกซ้ำ ๆ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างจับความรู้สึกได้ไวขึ้นก่อนที่ความคิดอัตโนมัติทางลบจะเกิดขึ้น ในกรณีที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบเกิดขึ้นแล้ว การยอมรับความคิดทางลบและเผชิญกับความคิดหรือ



ความรู้สึกลักษณะจะช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลงและมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นดีขึ้นได้

การที่โปรแกรม CBT สามารถลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้นั้นอาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมหุนหันพลันแล่นเกิดจากการขาดกระบวนการคิด และวิเคราะห์ที่ไตร่ตรองอย่างรอบคอบในการแสดงพฤติกรรมออกมา สามารถอธิบายได้โดยใช้หลักการสำคัญของแนวคิดการปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการควบคุมตนเองของธอเรสเซน และมาโฮนี²² มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย เพื่อกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการปรับแก้ไข และกำหนดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ของตนเองที่ต้องการให้ชัดเจน 2) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของตนเองว่าเป็นไปตามพฤติกรรมตามเป้าหมายหรือไม่ 3) การประเมินพฤติกรรมของตนเอง อยู่บ่อยๆ ว่าพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของตนเองนั้นเหมาะสมและเป็นไปตามพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และ 4) การเสริมแรงตนเองเพื่อให้พฤติกรรมตามเป้าหมายที่เกิดขึ้นนั้นคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น โดยการฝึกการให้รางวัลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และฝึกทำซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง

วิธีการที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีดังนี้ การเรียนรู้มีส่วนร่วมด้วยการใช้กระบวนการกลุ่ม²⁹ โดยช่วยให้สมาชิกได้ร่วมกันสะท้อนปัญหา รวมทั้งฝึกวิธีการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง การมอบหมายการบ้าน เป็นกิจกรรมที่สำคัญถือเป็นการฝึกทักษะที่ได้รับการบำบัดมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประสบการณ์ตรง เกิดความเข้าใจในการนำแนวคิดการปรับพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และมีการนำประสบการณ์จริงของตนเองมาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น การฝึกทำซ้ำ และต่อเนื่อง หมั่นสำรวจตัวเองบ่อยๆ ว่ามีพฤติกรรมที่เป็นไปดังตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ เทคนิคการกระตุ้นให้กระทำกิจกรรม วิธีนี้เป็นการฝึกสำรวจพฤติกรรมของตนเองซ้ำ และตรวจสอบจนเกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ของตนเองที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาต่อในระยะยาวที่นานขึ้น หรืออาจมีการกระตุ้นซ้ำของกิจกรรมบางอย่าง (booster) เพื่อทดสอบว่าจะสามารถช่วยให้การลดลงของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นดีขึ้นหรือไม่

2. ควรขยายผลการวิจัยไปศึกษาต่อในกลุ่มวัยรุ่นที่กระทำผิด ในเขตพื้นที่อื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม CBT ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่และเยาวชนในศูนย์ฝึกทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างและมาเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

References

- Fazel S, Doll H, Langstrom N. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(9): 1010-9.
- Bickel R, Campbell A. Mental health of adolescents in custody: the use of the 'Adolescent Psychopathology Scale' in a Tasmanian context. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36(5): 603-9.
- Imbach D, Aebi M, Metzke CW, Bessler C, Steinhausen HC. Internalizing and externalizing problems, depression, and self-esteem in non-detained male juvenile offenders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7(1): 1-8.
- La-ongon K. Predicting factors of depression among youth in regional juvenile vocational training center (6) Nakhonsawan. [master's thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2006.
- Khumtorn L, Sethabouppha H, Suvanayos C. Family Connectedness, Irrational Beliefs and Depression Among Youth in the Juvenile Training Center. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2554; 23(1).
- Cardemil EV, O'Donnell EH, Esposito-Smythers C, D'Eramo KS, Derrick BE, Spirito A, et al. Depressive symptoms in low-income, urban adolescents: cognitive and contextual factors. *J Prev Interv* 2014; 42(3): 183-95.
- Nuampet U, Panitrat R, Yuttatri P, Sittirak N. Relationship Between Negative Life Events, Rumination and Learned Resourcefulness and Psychiatric Problems Among Incarcerated Juveniles with a History of Substance Abuse. *Songkla Med Journal* 2012; 30(1): 21-31



8. Shannon BJ, Raichle ME, Snyder AZ, Fair DA, Mills KL, Zhang D, et al. Premotor functional connectivity predicts impulsivity in juvenile offenders. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011; 108(27): 11241–5.
9. Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007; 16(6): 351-5.
10. Piyasilpa V, Katumarn P. *Child and Adolescent Psychiatry.* Bangkok: beyond-enterprise; 2007.
11. Zhou J, Witt K, Zhang Y, Chen C, Qiu C, Cao L, et al. Anxiety, depression, impulsivity and substance misuse in violent and non-violent adolescent boys in detention in China. *Psychiatry Res* 2014; 216(3): 379-84.
12. 12. Cosi S, Hernández-Martínez C, Canals J, Vigil-Colet A. Impulsivity and internalizing disorders in childhood. *Psychiatry Res* 2011; 190(2–3): 342-7.
13. Beck AT. *Cognitive behavior therapy:basics and beyond.* New York: Guilford press; 2011.
14. Harnlakorn P, Rattanamanee S, Kunthong P. Effects of Combine Cognitive Behavioral Group Therapy and Meditation on Depression and Quality of Life for People Living with HIV/AIDS. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2013; 31(1): 132-140.
15. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015; 14(2): 207-22.
16. Rohde P, Seeley JR, Kaufman NK, Clarke GN, Stice E. Predicting Time to Recovery Among Depressed Adolescents Treated in Two Psychosocial Group Interventions. *J Consult Clin Psycho* 2006; 74(1): 80-8.
17. Ngamsri M, Takviriyannun N, Chaopricha S. The Effect of a Cognitive Behavior Therapy Program on Depression among Adolescents in One Juvenile Training Center in the North East of Thailand. *Nursing Journal* 2014; 41(4): 36-47.
18. Wang Y-y, Jiang N-z, Cheung EFC, Sun H-w, Chan RCK. Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2015; 183:83-9.
19. Anastopoulos AD, King KA. A Cognitive-Behavior Therapy and Mentoring Program for College Students With ADHD. *Cogn Behav Pract* 2015; 22(2):141-51.
20. Boyer B, Geurts H, Prins P, Oord S. Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24(9): 1075-90.
21. Stallard P. *Think Good-Fell Good A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People.* England: John Wiley & Sons Ltd.; 2002.
22. Thoresen CE, Mahoney MJ. *Behavioral self-control:* New York: Holt, Rinehart and Winston; 1974.
23. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41(4): 1149-60.
24. Kasantikul D, et al. Health-Related Self-Reported [HRSR]) Scale:The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population. *J Med Assoc Thai* 2540; 80(10): 647-57.
25. Patton JH, Stanford, Matthew S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-74.
26. Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept Mot Skills* 1959; 9(3): 191-8.
27. Wang X, Cao Q, Wang J, Wu Z, Wang P, Sun L, et al. The effects of cognitive-behavioral therapy on intrinsic functional brain networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Res Ther* 2016; 76: 32-9.
28. Lakharn N, Klomjit C. Effects of Program for Developing the Early Adolescent's Self – Control. *Journal of Education.* 2015; 9(2): 40-7.
29. Borrisutsuksri N, Tanwattanukul J. The Effect of Group Process on Life Skill of Youths before Going to Their Society in Training Center Zone 4, Khon Kaen Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(1): 97-104.