

# เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษา ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู

กาญจนา สุทธิเนียม, Ph.D.\*, ชลพร กองคำ, Ph.D.\*, อุบล สุทธิเนียม, พย.บ.\*\*

\*คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

\*\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู โดย 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับการบำบัดทางความคิดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล และ 3) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือนักศึกษาครูที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 คน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด จำนวน 8 คน และที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มีความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.78 และ 2) การบำบัดทางความคิด จำนวน 6 ครั้ง และติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 3) สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง และติดตามผล 2 สัปดาห์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ

**ผล :** หลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า 1) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด หลังการทดลองและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 3) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาไม่แตกต่างกัน ( $F = 3.229$ ) เมื่อพิจารณาในช่วงเวลาของการวัดพบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลองกับหลังการติดตามผลการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป :** การบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

**คำสำคัญ :** การบำบัดทางความคิด นักศึกษาครู ภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิตศึกษา

# COMPARE THE EFFECT OF COGNITIVE THERAPY WITH PSYCHOEDUCATION ON THE DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG TEACHER STUDENTS

Kanchana Suttineam, Ph.D.\*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D.\*, Ubol Suttineam, M.N.S.\*\*

*\*Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

*\*\*Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*

## Abstract

**Objectives:** Compare the effect of cognitive therapy with psychoeducation on the depressive symptoms among teacher students 1) Comparison of the depression of the experimental group of teacher students receiving mental health education before the experiment 2) to compare the depression of the experimental group teacher students receiving cognitive therapy before the experiment, after the experiment, and after the follow-up and 3) to compare the depression of experimental group teacher students receiving cognitive therapy with the depression of experimental group teacher students receiving mental health education before the experiment post-experiment and follow-up.

**Material and Methods:** This research was quasi experimental study. The sample used was 16 students with depression, then randomized into 2 groups: 8 students receiving cognitive therapy and then 8 students received psychoeducation. The research tools consisted of 1) Adolescent Depression Screening Scale (CES-D) with an overall reliability was reported by Cronbach's Alpha as of 0.78 and 2) Cognitive behavior therapy were 6 session and follow up 2 weeks and psychoeducation were 6 session and follow up 2 weeks. The model was the IOC ranged from 0.66 - 1.00. Comparative descriptive statistical analysis.

**Results:** The results of study were: 1) Depression among teacher students who received psychoeducation after the experiment and after the follow-up was significantly lower than before the experiment at the 0.001 level. 2) Depression among teacher students who received cognitive behavior therapy after the experiment and after the follow-up was significantly lower than before the experiment at the 0.001 level and 3) There was no difference in depression among teacher students in the cognitive therapy group and in the mental health education group ( $F = 3.229$ ). The pre-experimental and post-experimental cognitive therapy and psychoeducation groups were significantly different at the 0.001 level and the post-experimental and post-follow-up cognitive therapy and psychoeducation was not statistically significant difference.

**Conclusion:** These findings suggested that cognitive behavior therapy and psychoeducation showed promise in decreasing depression in teacher students.

**Key words:** cognitive behavior therapy, teacher students, depression, psychoeducation

---

Corresponding author: Kanchana Suttineam, e-mail: kanchana.sut@bsru.ac.th

Received: December 13, 2022; Revised: February 1, 2023; Accepted: February 5, 2023

## บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ครูในฐานะเป็นผู้นำทางการศึกษามีหน้าที่ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าตามที่สังคมต้องการและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีปัจจุบันทำให้สังคมไทยเปลี่ยนแปลงมีการแข่งขันและพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้มีความรู้เท่าเทียมหรือเหนือกว่าคนอื่น ดังนั้นผู้ที่เข้าศึกษาในวิชาชีพครูจึงถูกคาดหวังจากสังคม

นักศึกษาคูหลักสูตรครุศาสตร์บัณฑิตถือว่าอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่ก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 17 - 22 ปี สิ่งที่นักศึกษาต้องเผชิญนอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยแล้วนั้นยังพบว่า การเข้าศึกษาในวิชาชีพครู จะต้องปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ซึ่งมีรูปแบบในการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างจากการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบกับการใช้ชีวิตของการเรียนในวิชาชีพที่เคร่งเครียด ส่งผลให้นักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจหลายด้าน ก่อให้เกิดความกดดัน ประกอบกับวิชาชีพครูในปัจจุบันนั้นจะถูกสังคมคาดหวังให้เป็นต้นแบบแก่เยาวชน ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม บางรายสามารถผ่านพ้นไปได้แต่บางรายมีการตอบสนองต่อความเครียดที่ขาดประสิทธิภาพทั้งในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม<sup>1</sup> ส่งผล

ให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองได้ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในนักศึกษามหาวิทยาลัย<sup>2</sup> และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ได้แก่ ปัญหาด้านการนอนหลับ การสูญเสียความสนใจและความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยให้ความสนใจ เกิดความรู้สึกเศร้า รู้สึกผิด และไม่เห็นคุณค่าในตนเอง<sup>3</sup> การขาดสมาธิส่งผลด้านความรับผิดชอบต่อนำที่การทำงานในด้านต่าง ๆ และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง<sup>2</sup> รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดและการมีความคิดฆ่าตัวตาย<sup>4</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สุทธิเนียม และคณะ (2563)<sup>5</sup> พบว่า นักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.6 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ร้อยละ 37.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.2 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.5 และการครุ่นคิดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 37.40 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 และการศึกษาของ Asante & Arthur (2015)<sup>6</sup> ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรีในประเทศกานาร์ พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรี มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ 1

ร้อยละ 41.30 ระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30 ระดับชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 38.50 และระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 30.20 นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรี มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 12 ระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 10 ระดับชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 10.80 และ ระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 3.80 ซึ่ง จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษาโดยเฉพาะใน นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้สูงกว่าชั้นปีอื่น ๆ และจากรายงาน การศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุข ระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด เพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามากขึ้นใน ทุกกลุ่มอายุ และทุกเพศ และจากการสำรวจ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 11 - 19 ปี พบมีความชุกร้อยละ 17.5 โดยพบว่า วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี มีสัดส่วน ของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นตอนต้น คือ ร้อยละ 17.8 และร้อยละ 16.2 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุที่ สำคัญในการฆ่าตัวตายโดยพบว่าวัยรุ่นตอนปลายมี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 5.9<sup>7</sup>

สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุด ในการจัดระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีระบบที่เอื้อต่อการ เรียนรู้และเป็นสังคมที่วัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในแต่ละวัน การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis)<sup>8</sup> พบว่า โปรแกรมการดูแลป้องกัน โรคซึมเศร้าในสถานศึกษาได้ผลในการป้องกัน

โรคซึมเศร้า แม้จะมี effect size จำนวนไม่สูง แต่ พบว่า สามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ รูปแบบของ โปรแกรมเพื่อป้องกันซึมเศร้าที่มี ประสิทธิภาพ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) จิตบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) สุขภาพจิตศึกษา<sup>8-11</sup> ผู้วิจัยในบทบาท ของอาจารย์ในสาขาจิตวิทยาการปรึกษาสนใจที่จะ ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัด ทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาในบริบทของ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ทั้งนี้เป็น เพราะรูปแบบการบำบัดทางความคิดแบบกลุ่มนั้น ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด จากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ยอมรับในตนเอง นับถือและเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่ม ประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา เพิ่มขีดความสามารถ ในการนำตนเองและพึ่งพาตนเอง ความ รับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น เรียนรู้การดำเนิน ชีวิตตามความคาดหวังของตนเองและสามารถ ปรับเปลี่ยนไปตามแนวทางที่เหมาะสม โดยมี วัตถุประสงค์หลักในการเปิด โอกาสให้กลุ่มมี ส่วนร่วมในการจัดการกับประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับการตัดสินใจในเรื่องอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่าง ชายหญิง ปัญหาเอกลักษณ์ของตนเอง การวางแผน การเรียน ความรู้สึก โดดเดี่ยวในมหาวิทยาลัย และ ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล<sup>12,13</sup> และการให้ สุขภาพจิตศึกษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะแรก และเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันการกลับเป็น

ซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้<sup>13</sup> การให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีความพิเศษและน่าสนใจ โดยเป็นขอบข่ายการดูแลที่ได้ผลทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใหม่มีความเป็นไปได้ที่จะไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง<sup>14</sup> และการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการดูแลในระยะสั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทำหน้าที่ได้ดีเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา<sup>15</sup> (problem-solving skill) การมีความรู้และการตระหนักในอารมณ์ซึมเศร้าของตนเองจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ โดยศึกษากับนักศึกษาครูชั้นปีที่ 1 และผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นทางเลือกของนักศึกษาครูที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental study) 2 กลุ่มวัด 3 ครั้ง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นนักศึกษาครูของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 304 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอนเป็นกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่ 2 เป็นนักศึกษาครูของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในนักศึกษาที่มีคะแนนภาวะ

ซึมเศร้าจากแบบประเมิน CES-D มากกว่า 22 คะแนน จำนวน 113 คน และดำเนินการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดทางความคิด โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันจันทร์และวันพุธ) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6) และกลุ่มที่ 2 ได้รับสุขภาพจิตศึกษา โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันอังคารและวันพฤหัสบดี) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6)

### เครื่องมือที่ใช้

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ของ Radloff<sup>16</sup> ถูกพัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์กลางการศึกษาระบาดวิทยา (Center for Epidemiologic Studies) ที่สถาบันสุขภาพจิตนานาชาติ (National Institute of Mental Health) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย อูมาพร ตรังคสมบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี มีการกำหนดเกณฑ์คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด และมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้งหมดได้เท่ากับ 0.8615 และในการศึกษาครั้งนี้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

2. รูปแบบสุขภาพจิตศึกษา ผู้วิจัยประยุกต์

ใช้แนวความคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson<sup>17</sup> เนื่องจากครอบคลุมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (joining) เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นด้วยหลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการและวิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสุขด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจตนเองเพื่อให้เข้าใจและรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะลงมือในการปรับเปลี่ยนและสร้างความสุขให้กับตนเอง กิจกรรมที่ 4 และ 5 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) และการจัดการความเครียด (coping skill) มีวัตถุประสงค์สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรู้ถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มิสามารถจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม หากบุคคลที่ประสบกับความเครียดเป็นเวลานานจนไม่สามารถจัดการให้หมดไปจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และกิจกรรมที่ 6 สัญญาใจ กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่าง

ได้สำรวจถึงแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่ตนเองมี หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม เนื่องจากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะประสบกับปัญหาคล้ายๆกันคือไม่รู้ว่าหากมีปัญหาก็ปรึกษาใคร หรือไม่มีบุคคลแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม มีความรู้สึกเดียวดาย คิดว่าตนเองอยู่คนเดียวในโลก โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันจันทร์และวันพฤหัสบดี) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

3. การบำบัดทางความคิด ผู้วิจัยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (2011)<sup>18</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเทคนิคการสอน (didactic technique) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapy technique) มาใช้ในกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) ที่ทำให้นักศึกษาคู เกิดการแปลความสิ่งเข้า โดยเฉพาะสถานการณ์ถูกกระทำว่ามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มต้นและตั้งเป้าหมายการบำบัดความคิดและแผนกิจกรรมที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 2 ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความคิด

(evaluate the validity of thought) ของวัยรุ่นในการแปลความสิ่งเร้าว่าถูกต้องตรงความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด (validity) มีประโยชน์ใดที่จะคิดอย่างนี้ (utility) กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ และขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 5 การแก้ไขปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 6 แผนอนาคต เพื่อช่วยลดระดับอาการซึมเศร้าในนักศึกษาครู โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง (วันอังคารและวันพฤหัสบดี) และกิจกรรมติดตามผล 1 กิจกรรม (2 สัปดาห์หลังจากกิจกรรมที่ 6) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

### วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังประธานสาขาและอาจารย์ที่รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสนอโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (BSRU-REC 6408002) วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งนักศึกษาสามารถปฏิเสธและออกจากกรวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated ANOVA Measurement) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated ANOVA Measurement) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผล

ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เพื่อทดสอบสมมติฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยค่าการทดสอบ Skewness และค่าการทดสอบ Kurtosis น้อยกว่า 2 ซึ่งหมายความว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูของกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามิเตอร์ (Parametric Statistics)

ในการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA Repeated Measurement) ส่วนการทดสอบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA Repeated Measurement)

#### การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง

คือ ก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา หลังให้สุขภาพจิตศึกษา และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 32.64$ ) แสดงว่า สุขภาพจิตศึกษามีผลทำให้ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

และเพื่อให้เห็นชัดเจนผู้วิจัยนำเสนอการแสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา โดยการทดสอบย่อยเป็นรายคู่โดย post-hoc test วิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = 14.88) ภายหลังจากการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = 13.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังจากการติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง (Mean Difference = 1.00) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ( $n = 8$ )

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ภาวะซึมเศร้า				
การวัดก่อน หลัง และหลังติดตามผล	1,106.31	2	553.04	32.64*
ความคลาดเคลื่อน	237.25	14	16.95	

\* $p$ -value < 0.05

**ตารางที่ 2** ผลการทดสอบย่อยโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของนักศึกษาครูก่อนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายคู่โดย post-hoc test วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาการวัด	Mean Difference	SE	p-value
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง (mean = 21.63, SD = .46) - (mean = 36.50, SD = 2.07)	-14.88	1.88	0.000*
หลังการติดตามผล - ก่อนการทดลอง (mean = 22.63, SD = 1.25) - (mean = 36.50, SD = 2.07)	13.88	2.66	0.001*
หลังการติดตามผล - หลังการทดลอง (mean = 22.63, SD = 1.25) - (mean = 21.63, SD = 0.46)	-1.00	1.46	0.515

\*p-value < 0.05

**การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล**

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของ

นักศึกษาครูก่อนการทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการให้การบำบัดทางความคิด หลังให้การบำบัดทางความคิด และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 40.884$ ) แสดงว่า การบำบัดทางความคิดมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n = 8)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ภาวะซึมเศร้า				
การวัดก่อน หลัง และหลังติดตามผล	1,914.25	2	957.13	40.88*
ความคลาดเคลื่อน	327.75	14	23.41	

\*p-value < 0.05

และเพื่อให้เห็นชัดเจนผู้วิจัยนำเสนอการ แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการ ติดตามผลของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัด ทางความคิด โดยการทดสอบย่อยเป็นรายคู่โดย post-hoc test วิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = -16.38) ภายหลังการติดตาม ผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean Difference = -20.75) และภายหลังการติดตามผลต่ำกว่าหลังการ ทดลอง (Mean Difference = -4.38) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

**การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับ สุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล**

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับ สุขภาพจิตศึกษาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ ได้รับการบำบัดทางความคิดไม่แตกต่างกัน ( $F = 3.23$ ) แสดงว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม ทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลไม่ แตกต่างกัน ส่วนปฏิสัมพันธ์ร่วม (Interaction Effect) ระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการ

บำบัดทางความคิดกับภาวะซึมเศร้าก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $F = 72.25$ ) แสดงว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ ได้รับการบำบัดทางความคิดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของ นักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่ม ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 5

และเพื่อให้เห็นชัดเจนผู้วิจัยนำเสนอการ แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการ ติดตามผลของนักศึกษาครู การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับ สุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิดเป็นรายคู่ เพื่อดูว่าคูใดแตกต่างกันพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูก่อนการ ทดลองของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิต ศึกษ (n = 8) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิด (n = 8) มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ( $t = 14.11$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ครูหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิต ศึกษและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ไม่ แตกต่างกัน ( $t = 44.25$ ) และค่าเฉลี่ยของภาวะ ซึมเศร้าของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ความคิดต่ำกว่าและกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา หลังการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ( $t = 15.60$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 4** ผลการทดสอบย่อยโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ของนักศึกษาครุกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดเป็นรายคู่ โดย post-hoc test วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาการวัด	Mean Difference	SE	p-value
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง (mean = 20.38, SD = 1.30) – (mean = 36.75, SD = 8.62)	-16.38	2.93	0.001*
หลังการติดตามผล - ก่อนการทดลอง (mean = 16.00, SD = 2.07) - (mean = 36.75, SD = 8.62)	-20.75	2.91	0.000*
หลังการติดตามผล - หลังการทดลอง (mean = 16.00, SD = 2.07) - (mean = 20.38, SD = 1.30)	-4.38	0.73	0.001*

\*p-value < 0.05

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครุระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มบำบัดทางความคิด	77.52	1	77.52	3.23
ความคลาดเคลื่อน	336.13	14	24.01	
ภายในกลุ่ม:ช่วงการวัด (pre, post, follow up)	2,915.79	2	1,457.90	72.25*
ภาวะซึมเศร้า x ระยะการวัด	104.54	2	52.27	2.59
ความคลาดเคลื่อน	565.00	28	20.18	

\*p-value < 0.05

## อภิปราย

การวิจัยเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

## สมมติฐาน 1 ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

ครูหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา และหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ของนักศึกษาครูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

	ช่วงเวลาการวัด	ค่าเฉลี่ย				t
		สุขภาพจิต ศึกษา	การบำบัดทาง ความคิด	B	SE	
ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	36.50	36.75	36.75	2.60	14.11
	หลังการทดลอง	21.63	20.38	20.38	0.46	44.25
	หลังการติดตามผล	22.63	16.00	16.00	1.03	15.69*

\* $p$ -value < 0.05

ครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้บางส่วน กล่าวคือ 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครู ประเมินผลก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาวัดผลทันที และระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับสุขภาพจิตศึกษา 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูภายหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที ไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับสุขภาพจิตศึกษา 2 สัปดาห์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยให้นักศึกษาครูซึ่งอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายนั้น ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้นักศึกษาครูสามารถเรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาจากประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม และจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อ

นักศึกษาครูเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาจนครบ 6 ครั้ง และการติดตามผล 1 ครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ประเมินอาการซึมเศร้าของนักศึกษาครูที่เข้าร่วมสุขภาพจิตศึกษาด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) พบว่า อาการซึมเศร้าของนักศึกษาครูลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้<sup>12,13,19,20</sup>

และหากเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองกับหลังการติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าบุคคลเมื่อเจอเหตุการณ์วิกฤตหรือปัญหาที่ต้องอาศัยการปรับตัวซึ่งกลไกการปรับตัวต่อสภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะนำไปสู่การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของเกสร มุ้ยเงิน (2560)<sup>12</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิต

ศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมวัดผลทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 เท่ากับ 25.90, 20.80 และ 19.70 ตามลำดับ 2) วิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อวัดซ้ำ ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันกับภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ทั้งช่วงเวลา ทันทีและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาทันทีไม่มีความแตกต่างกันกับระยะติดตามผลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเดือนที่ 6

**สมมติฐานที่ 2** ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิด ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการบำบัดทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูครั้งนี้ สันนิษฐานสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ 1) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหลังการทดลองและหลังการติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การบำบัดทางความคิดแบบกลุ่มที่ใช้ในการศึกษามีจุดเด่น คือ เป็นรูปแบบเหมาะสมกับพัฒนาการของนักศึกษาในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ที่ให้ความสำคัญกับเพื่อนเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิต รูปแบบของกิจกรรมสามารถเข้าร่วม

ได้สะดวก โดยไม่เสียการเรียน ลักษณะของกิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการและลักษณะการใช้ชีวิตของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย โดยอยู่ในกรอบแนวคิดของการบำบัดทางความคิด เป็นเรื่องแปลกใหม่และท้าทาย ส่งผลทำให้เกิดความสนุก ตื่นเต้น และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียด เกิดความรู้สึกในทางบวก รู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ได้รับการยอมรับและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและที่สำคัญรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้ซึมเศร้าอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม (therapeutic factors) โดยกิจกรรมถูกออกแบบตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck<sup>18</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเทคนิคการสอน (didactic technique) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy technique) และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapy technique) มาใช้ในกระบวนการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) โดยเริ่มต้นจากการให้นักศึกษาครูได้ตั้งเป้าหมายการบำบัดความคิดในการลดภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์เชิงลบ โดยการแยกแยะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ว่าอารมณ์ที่เป็นอยู่นั้นเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยใดบ้าง การกำหนดเป้าหมายช่วยให้นักศึกษาครูที่เข้าร่วมกิจกรรมได้วางแผน กำหนดแนวทาง ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ เกิดความหวังหรือแรงจูงใจในการปฏิบัติ<sup>17</sup> โดยเป้าหมายที่ตั้งในแต่ละครั้งมี

ความเฉพาะเจาะจง วัดได้ ทำได้ อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีระยะเวลาที่แน่นอน<sup>16</sup> เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ง่ายขึ้นจากข้อสังเกตในการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า นักศึกษามีความตั้งใจในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง ส่งผลให้นักศึกษามีการควบคุมและกำกับตนเองได้มากขึ้น จากคำพูดของนักศึกษาที่กล่าวว่า “...คือบางช่วงมันเครียดมาก ๆ ไม่อยากทำอะไรเลย อยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ นอนนิ่ง ๆ แต่พอมีเป้าหมายว่า จะต้องทำอะไรที่จะช่วยตนเองได้บ้าง มันช่วยให้รู้สึกว่าคุณต้องทำอะไรบ้าง แต่พอลองทำมันก็ได้ไม่ได้เพอร์เฟก แต่มันก็โอเคนะ เหมือนกับว่าเริ่มมีพลังที่จะต่อสู้กับมันได้มากขึ้น...” “...หนูพยายามตั้งเป้าหมายอย่างที่ครูบอกนะ เป็นเป้าหมายที่ไม่สูงเกินไป แต่หนูก็คาดหวังสูงนะ บางทีก็ไปไม่ถึง แต่มันก็ทำทายนะ ดีกว่าเศร้าไปวัน ๆ...” จากนั้นให้นักศึกษาค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ของตนเอง เพราะการเข้าใจความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาที่เข้าร่วมการบำบัดทางความคิดได้เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น รับรู้และเข้าใจในข้อดีข้อเสียของความคิดอัตโนมัติ และผลที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ จากคำพูดของนักศึกษาที่กล่าวว่า “...พวกความคิดอัตโนมัติต่าง ๆ ที่ครูสอนหรือที่ได้ดูวิดีโอ ก็จริง ๆ มันเกิดขึ้นได้กับทุกคน มันเข้าใจง่ายนะคะ แต่มันไม่ใช่เรื่องง่ายเลยที่จะเปลี่ยนแปลงมัน แต่หนูว่าอย่างน้อยหนูรู้สึกว่าคุณเข้าใจมันและรู้เท่าทันมันมากขึ้น แค่นี้หนูก็ว่ามัน

โอเคแล้วคะ ที่จะพยายามควบคุมหรือจัดการกับมัน...” “...มันทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น และยังเข้าใจคนรอบข้างเรามากขึ้นด้วยนะครับครู วันไหนที่ผมรู้สึกว่าอารมณ์ผมคงลง ผมก็พยายามที่จะหาสิ่งที่ชอบทำ มันก็พอช่วยได้นะครู...” สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shallcross et al. (2010)<sup>21</sup> ศึกษาผลของการยอมรับอารมณ์ทางลบ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบ และผลการยอมรับอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อการพัฒนาอาการซึมเศร้า เมื่อเผชิญกับภาวะความเครียดในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ต่อการลดอารมณ์ทางลบและเป็นตัวทำนายอาการซึมเศร้าเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะความเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการยอมรับอารมณ์ทางลบและการเข้าใจความคิดอัตโนมัติของตนเองเป็นปัจจัยในการปกป้องเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับอารมณ์ทางลบและการพัฒนาการเกิดอาการซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความคิด (evaluate the validity of thought) ของตนเอง โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันค้นหาว่าความคิดใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและร่วมกัน “ตรวจสอบ” ความคิดเหล่านั้น เพื่อว่าคุณถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ความคิดที่เป็นจริง ความคิดใดที่มีประโยชน์ และเป็นความคิดทางบวกจะช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้น และจากคำกล่าวของนักศึกษาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมที่กล่าวว่า “...เวลาคิดอะไรที่เริ่มแย่ และเริ่มพุ่งออกไปเรื่อย ๆ ผมจะพยายามถามกลับตัวเองเลย มีข้อมูลอะไรมาสนับสนุน

หรือไม่ ไม่มีอ้วแล้วคิดอะไรอยู่มันเสียเวลา บางทีก็ว่าตัวเองนะว่าเราจะมาคิดบ้า ๆ คนเดียวทำไม มันก็ได้ผลนะคะครู...” สอดคล้องกับ Troy et al. (2018)<sup>22</sup> ที่ศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและการยอมรับอารมณ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนความคิดมีความสัมพันธ์ต่อการลดอารมณ์ทางลบและการเพิ่มขึ้นของอารมณ์ทางบวก ชั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) โดยนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะได้รับการปรับโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) ผ่านกระบวนการการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ พบว่า ภายหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมประโยชน์ที่นักศึกษาเลือกใช้ในกิจกรรมการเรียนรู้การบอกหรือเตือนตนเอง (self-talk) ว่า “ฉันเป็นคนดี” “ฉันมีความสามารถ” “ฉันไม่จำเป็นต้องเหมือนใคร” นอกจากนี้ นักศึกษายังมีความเชื่อใหม่ที่มีเหตุผลมาทดแทนความเชื่อที่ไร้เหตุผล และยังพบว่า จากกิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา นักศึกษาครูมีการปรับเปลี่ยนในพฤติกรรมที่ใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมขึ้นอีกด้วย เช่น เมื่อถูกเพื่อนล้อ ไม่ใส่ใจเพราะรับรู้ตนเองไม่ได้เป็นแบบที่เพื่อนพูด และการวางแผนในอนาคต จากคำกล่าวของนักศึกษาระหว่างกิจกรรม “...เมื่อรู้สึกอารมณ์ดีลง พยายามหากิจกรรมที่ชอบมาทำหรือไปคุย

กับเพื่อน...” “...เมื่อรู้สึกแย ๆ ตอนนี้หนูทราบแล้วว่า จะต้องทบทวนตนเองว่า อะไรที่มันแยมันแ่จริงหรือไม่ หรือจะต้องปรับอะไรบ้าง ไม่เหมือนก่อน เข้ากิจกรรมหนูรู้สึกแย ไม่เคยคิดเลย อารมณ์เศร้า น่าอย่างเดียว ไม่อยากพบหรือเจอใคร อยากนอนนิ่ง ๆ...” แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีแนวโน้มที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และแม้ว่าจะสิ้นสุดกิจกรรมแล้ว หากนักศึกษาคิดว่าสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปฝึกและปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นและยังช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคซึมเศร้า<sup>20,21</sup>

**สมมติฐานที่ 3** ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคูกรูกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคูกรูกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกัน

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคูกรูครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ การบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษา เป็นการดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะการบำบัดทางความคิดจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และปรับความคิดทางลบที่ไร้เหตุผล เหล่านั้นให้เป็นความคิดทางบวกที่มีเหตุผล เป็นจริงและมีประโยชน์ ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเพิ่มทักษะทางสังคมที่สำคัญจึงส่งผลให้นักศึกษาคูกรูกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น และมี

ภาวะซึมเศร้าลดลงได้เช่นกัน<sup>18</sup> ซึ่งการที่นักศึกษาครู มีการรู้เท่าทันความคิดของตนเอง และสามารถจัดการกับความคิดที่ไม่มีเหตุผลได้จะส่งผลให้นักศึกษาครูสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนสุขภาพจิตศึกษาเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่ใช้ลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาครูได้แต่ความคงทนในการจัดการกับสิ่งเร้าหรืออารมณ์ของตนเองจะน้อยกว่าการบำบัดทางความคิด ดูได้จากค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังติดตามผล กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด สอดคล้องกับ Serfling et al. (2013)<sup>23</sup> ที่พบว่า ผลของการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยซึมเศร้าประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในรายที่ได้รับการบำบัดทางความคิดพบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในรายที่ได้รับสุขภาพจิต พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคณะผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าการบำบัดทางความคิดเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่วนสุขภาพจิตศึกษานั้นยังเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ Steele et al. (2013)<sup>24</sup> ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดกับสุขภาพจิตศึกษา พบว่าผลการบำบัดทางความคิดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพ

และมีประโยชน์ทางคลินิกในการปรับความคิดและอารมณ์ในเชิงลบ ส่วนการใช้สุขภาพจิตศึกษาในการบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์ในเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## สรุป

การบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาครูได้ และการบำบัดทางความคิดจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าสุขภาพจิตศึกษา

## ข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้ทั้งหมด

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. การศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาครูในระดับอุดมศึกษา ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษากลุ่มอื่น ๆ ที่มีอาการซึมเศร้าจากความบกพร่องทางความคิด การมีรูปแบบความคิดด้านลบ และการทำหน้าที่ผิดปกติของรูปแบบโครงสร้างทางความคิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การนำการบำบัดทางความคิดและ

สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าไปใช้นั้น ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านจิตวิทยาการให้การปรึกษา การบำบัดทางความคิด สุขภาพจิตศึกษา การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และมีประสบการณ์ในการบำบัดร่วมด้วย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาในด้านอารมณ์นั้น จะมีปัญหาจากสถานการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์และภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และเมื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจไม่ได้มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในทันที ดังนั้น การเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล และการนำเทคนิคทางจิตวิทยา มาใช้เพื่อช่วยให้เข้าร่วมกิจกรรม ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแต่ละครั้งได้จึงเป็นเรื่องสำคัญ

3. เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาสำหรับวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาจะได้รับความร่วมมือ ควรส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ให้สอดคล้องตามพัฒนาของวัยรุ่นตอนปลาย โดยรูปแบบของกิจกรรมไม่ควรใช้เวลานานเกินไป การพูดคุยควรมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน กิจกรรมเน้นสิ่งใกล้ตัวและเป็นปัจจุบัน มีความสนุกสนาน และเปิดโอกาสให้มีการแสดงออกในกลุ่ม เช่น การอภิปรายกลุ่ม การใช้บทบาทสมมติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น

#### ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ในภาคทฤษฎีควรจัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษา และในภาคปฏิบัติควรฝึกฝนบุคลากรที่ดูแลผู้ที่มีปัญหา

ทางอารมณ์และพฤติกรรมให้มีความรู้และมีทักษะการช่วยเหลือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและสุขภาพจิตศึกษาโดยเฉพาะ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาว่ายังคงมีประสิทธิผลต่อไปอีกหรือไม่จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีร่วมกับศึกษาความคุ้มค่า คุ้มทุนในการใช้โปรแกรมนี้ในวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. ควรนำการบำบัดความคิดและสุขภาพจิตศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น วัยรุ่นกลุ่ม LGBTQ วัยรุ่นที่มีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ พร้อมทั้งมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

#### **กิตติกรรมประกาศ**

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

#### **เอกสารอ้างอิง**

1. Ibrahim A, Kelly S, Adams C, Glazebrook C. A Systematic review of studies of depression prevalence in university students. J Psychiatr Res 2012; 47(3): 391-400.
2. Santrock JW. Child development. 14<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill education; 2014.

3. Ceyhan E, Ceyhan AA, Kurty Y. Depression among Turkish female and male university students. *Soc Behav Pers* 2005; 33(4): 329-40.
4. Bantjes JR, Kagee A, McGowan T, Steel H. Symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. *J Am Coll Health* 2016; 64(6): 429-37.
5. กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ, ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, อุบล สุทธิเนียม. โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา* 2565; 16(1): 1-20.
6. Asante KO, Arthur JA. Prevalence and determinants of depressive symptoms among university students in Ghana. *J Affect Disord* 2015; 171: 161-6.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี 2553. [online]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Books/350E0.html> [2021 Jan 10].
8. Spirito A, Esposito-Smythers C, Wolff J, Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011; 20(2): 191-204.
9. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trocke M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behav Res Ther* 2015; 74: 25-31.
10. Idsoe T, Keles S, Olseth AR, Ogden T. Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: results from a cluster randomized controlled trial of a group course. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 155.
11. Cuijpers P, Straten, AV, Smit F, Mihalopoulos C. Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165(10): 1272-80.
12. เกสร มุ้ยจีน. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2560; 37(3): 48-60.
13. นิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2559; 30(3): 80-91.
14. Corey G. *Theory and practice of group counseling*. 8<sup>th</sup> ed. California: Brooks/Cole; 2012.
15. Buwalda B, Kole MHP, Veenema AH, Huininga M, De Boer SF, Korte SM, Koolhaas JM. Long-term effects of social stress on brain and behavior: A focus on hippocampal functioning. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 29(1): 83-97.
16. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1(3): 385-401.
17. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980; 6(3): 490-505.
18. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford; 2011.
19. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณิ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงวัย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
20. Stallard P. Cognitive behaviour therapy with children and young people: A selective review of key issues. *Behav Cogn Psychother* 2002; 30(3): 297-309.
21. Shallcross AJ, Troy AS, Boland M, Mauss IB. Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behav Res Ther* 2010; 48(9): 921-9.

22. Troy AS, Shallcross AJ, Brunner A, Friedman R, Jones MC. Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion* 2018; 18(1): 58-74.
23. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, Kronfeld K, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170(6): 624-32.
24. Steele LA, Waite S, Egan SJ, Finnigan J, Handley A, Wade TD. Psycho-education and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A case-series evaluation. *Behav Cogn Psychother* 2013; 41(2): 129-43.