

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง
ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย
Effect of the Multi-Channel Cognitive-Behavioral Therapy Program
on Depression Among Late Adolescents

Corresponding author E-mail: saranya.wan@cmu.ac.th *
(Received: December 11, 2024; Revised: March 26, 2025;
Accepted: April 3, 2025)

ศุภลักษณ์ ชัยคำ (Supaluk Chaikom)¹
สรัญญา วรรณชัยกุล (Saranya Wannachaiyakul)^{1*}
สมบัติ สกุลพรรณ (Sombat Skulphan)¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัยรุ่นตอนปลายอายุ 15-19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่ 17 จังหวัดภาคเหนือ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย มีค่าความเชื่อมั่น .83 และโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .83 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square test, Fisher's exact test Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า 1) วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงเรียนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางสามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายต่อไป

1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

คำสำคัญ: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การบำบัดแบบหลายช่องทาง, ภาวะซึมเศร้า,
วัยรุ่นตอนปลาย

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of the multi-channel Cognitive-Behavioral Therapy program on depression among late adolescents. The participants consisted of 40 late adolescents, aged 15-19 years, studying in high schools in 17 provinces in Northern Thailand. The experimental and control groups were equal in size. The research instruments included a personal information questionnaire, the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) with a reliability coefficient of .83, and the Multi-Channel Cognitive-Behavioral Therapy Program developed based on Beck's Cognitive and Behavioral Theory (Beck, 2011). The content validity (IOC) was .83. The experiment and data collection were conducted from May 2024 to July 2024. Data analysis was performed using percentage, mean, standard deviation, Chi-Square test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test.

The research findings were as follows: 1) Late adolescents with depression who received the Multi-Channel Cognitive-Behavioral Therapy Program had significantly lower depression scores two weeks after the intervention compared to before the intervention at a level of .05. 2) Late adolescents with depression who received the Multi-Channel Cognitive-Behavioral Therapy Program had significantly lower depression scores after the intervention compared to the group that received the usual care from the school at a level of .05.

Therefore, the results indicate that the Multi-Channel Cognitive-Behavioral Therapy Program effectively reduces depression in late adolescents.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Multi-channel Therapy, Depression,
Late Adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลที่แสดงออกในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระ (Beck, 2011) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกช่วงวัยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก (World Health Organization; WHO, 2017) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกปี 2021 พบว่าวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.10 และในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อัตราซึมเศร้าเพิ่มเป็นร้อยละ 2.80 สอดคล้องกับรายงานขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ พบว่าวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 40 ของความผิดปกติทางจิตทั้งหมด (United Nations Children's Fund; UNICEF, 2021) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 จากการสำรวจสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปีของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นร้อยละ 8.95 และเมื่อจำแนกตามช่วงอายุจะพบว่าช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุ 15-18 ปี พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 11.02 รองลงมาเป็นวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี พบร้อยละ 9.23 (Department of Mental Health, 2022) จากสถิติข้างต้นเห็นได้ว่าทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยช่วงวัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงที่พบภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดันทั้งภายในจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากพัฒนาการตามวัย นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับแรงกดดันภายนอกทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมอีกด้วย เช่น ปัญหาการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม การถูกรังแก การใช้สารเสพติด การตั้งครมในวัยเรียน และการติดเกมออนไลน์ เป็นต้น (Keerisrijaras, Pimpa & Phorawat, 2019) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ส่งเสริมให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หากวัยรุ่นตอนปลายดังกล่าวไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังสะสมจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ตามมา ได้ (Chanralaksana, Thaweekoon & Sangon, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นตอนปลายในหลายด้าน สำหรับด้านร่างกายทำให้อ่อนเพลีย ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ นอนไม่หลับหรือหลับมาก ไม่อยากอาหาร เป็นต้น ด้านจิตใจจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า มีคุณค่าในตนเองต่ำ ในด้านสังคมทำให้แยกตัว ไม่อยากพบปะผู้คน นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ปกครองจะต้องให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษา และยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความคับข้องใจและทุกข์ใจต่อปัญหาที่ตามมาด้วย (Lortakul & Sukanich, 2015) นอกจากนี้จากผลกระทบที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลให้รัฐบาลต้องมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Sukhawaha & Arunpongsai, 2017) โดยพบว่าที่ผ่านมารัฐบาลเสียค่าใช้จ่ายในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 847,892,800 บาท และการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 75,194,200 บาท (Ministry of Public Health, 2022)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ เพศ (UNICEF, 2021) สถานการณ์ความเครียดความกดดันต่าง ๆ สัมพันธภาพกับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน (Sangon, Nintachan & Kingkaew, 2018) ความแข็งแกร่งทางจิตใจ (Janjatkarn, Dallas & Nabkasorn, 2019) ปัญหาการติดอินเทอร์เน็ต (Wang et al., 2020) และการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (UNICEF, 2024) กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Hamamura & Mearns, 2019) โดยเฉพาะการมีความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์สูงกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($r = .56, p < .001$) (Secundino-Guadarrama et al., 2021) และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ ($\beta = .88 - .98, p < .001$) (Marchetti, Pössel & Koster, 2021) โดยแนวคิดการบำบัดทางความคิด อธิบายว่า ความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง คิดลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Beck, 2011) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ จึงช่วยทำให้วัยรุ่นมองตนเองตามความเป็นจริง รับรู้และตระหนักในตนเองมากขึ้น มองสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์รอบตัวรวมทั้งมองอนาคตตามความเป็นจริง ส่งผลต่อการยอมรับตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์รอบตัว มีความคาดหวังตามความเป็นจริง และทำให้มีมุมมองต่อปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายได้อีกด้วย (Pityaratstian, 2022)

การบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี อย่างไรก็ตามการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavior Therapy, CBT) เป็นการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (David, Cristea & Hofmann, 2018) โดยเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างและขั้นตอนที่ชัดเจน เน้นการแก้ไขกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 2011) วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้รับความนิยมอย่างมากในการนำไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย จากการศึกษาระวบรวมการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - Analysis) ในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงอายุ 13-17 ปี จากจำนวนการศึกษา 14 ชิ้น พบว่าโปรแกรมฯ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rasing et al., 2017) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นไทยโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตภาคกลางที่มีอายุ 14-17 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Vuthiarpa, Sethabouppha, Soivong & Williams, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นไทยอายุ 13-17 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและเมื่อติดตามผลในเดือนที่ 1 และ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Jeerasup, Sukhawaha, Saguarnum, Kenbubpha

& Dit-ung, 2022) ซึ่งรูปแบบการบำบัดที่ผ่านมาจากการพบทวนวรรณกรรมเป็นแบบพบกัน (Face-to-Face) ซึ่งมีข้อดีในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดโดยตรง คือมีการสร้างความไว้วางใจและมีการตอบสนองที่รวดเร็ว ทำให้สังเกตลักษณะท่าทาง ทำให้ช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาก็พบได้อย่างทันที่ อย่างไรก็ตามการเข้าถึงโปรแกรมฯ ยังมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ค่าใช้จ่ายและความยากลำบากในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ผู้พิการ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (Wright & Mishkind, 2020) นอกจากนี้การบำบัดแบบพบกันยังอาจทำให้เกิดความรู้สึกตราบับ ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการไม่มารับบำบัดอย่างต่อเนื่อง (Pooley, 2020) โดยเฉพาะในวัยรุ่นตอนปลายซึ่งการมีปัญหาด้านจิตใจจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดนั้นจะเกิดความคับข้องใจ หรือไม่พึงพอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ สูญเสียบทบาทหน้าที่ สูญเสียเอกลักษณ์และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จนเกิดเป็นอารมณ์เศร้า (Bowlby, 1997 อ้างถึงใน Jampawal, 2017) ส่งผลให้หลีกเลี่ยงหรือเข้ารับการบำบัดไม่ต่อเนื่อง หรือเข้ารับการบำบัดแต่ไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิผลของการบำบัด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าพัฒนารุนแรงขึ้น หรือเจ็บป่วยทางด้านจิตใจซ้ำได้ (National Institute for Child and Adolescent Mental Health, 2018)

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง (multichannel CBT) เพื่อลดข้อจำกัดและสอดคล้องกับการพัฒนาของเทคโนโลยีและรูปแบบการสื่อสารในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นยุคปัจจุบัน เป็นการบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการบำบัดแบบพบกันรวมกับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์ (Telephone) หรือสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ซึ่งประกอบไปด้วย แอปพลิเคชัน เฟสบุ๊ค (Facebook Application), แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application), แอปพลิเคชันซูม (Zoom Application) เป็นต้น (National Institute for Child and Adolescent Mental Health, 2022) ซึ่งการนำเทคโนโลยีมาใช้นี้สามารถลดข้อจำกัดของการบำบัดแบบพบกัน ในประเด็นของระยะเวลาการเดินทางและค่าใช้จ่ายของผู้เข้ารับการบำบัด รวมทั้งการลดความรู้สึกตราบับ ทำให้การเข้ารับการบำบัดมีความต่อเนื่องมากขึ้น (Wright & Mishkind, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบำบัดผ่านแอปพลิเคชันซูม (Zoom Application) จะเป็นการพบกันผ่านวิดีโอ ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่วัยรุ่นตอนปลายส่วนใหญ่ที่อยู่ในสถานศึกษามีความคุ้นเคย จากการใช้แอปพลิเคชันในการเรียนผ่านทางออนไลน์ (Uysal et al., 2022) ทำให้ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดสามารถโต้ตอบกันอย่างทันที มีความยืดหยุ่น สามารถแบ่งปันเอกสารหรือวิดีโอต่าง ๆ ได้ ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ในวัยรุ่นตอนปลาย นอกจากนี้ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการใช้งานอีกด้วย (Bawanti, & Arifani, 2021)

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2564 – 2565 พบวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในภาคเหนือมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.23 และ 52.52 ตามลำดับ (Department of Mental Health, 2022) ซึ่งหากวัยรุ่นกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นต่อเนื่องและไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น จนเป็นโรคซึมเศร้าตามมาได้ (American Psychiatric Association, 2013) โดยผลกระทบของภาวะซึมเศร้ารุนแรงในวัยรุ่น ได้แก่ การมี

ความคิดหรือพฤติกรรมการทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตได้ จากการสำรวจของศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต พบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดในประเทศไทยในอัตรา 7.09 ต่อแสนประชากร และอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่อัตรา 3.20 ต่อแสนประชากร (Department of Mental Health, 2022) และพบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากเป็น 9.80 เท่าของวัยรุ่นทั่วไป (Department of Mental Health, 2021) ฉะนั้นการให้การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นตอนปลายจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavior Therapy, CBT) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (David, Cristea & Hofmann, 2018) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อจำกัด รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาที่พัฒนาและทดสอบโปรแกรม CBT ในวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทโรงเรียนภาคเหนือของประเทศไทยอย่างชัดเจน รวมทั้งที่ผ่านมาเป็นการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีช่วงวัยหรือบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้โปรแกรมมีเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงและแตกต่างกันออกไปตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น การศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุ 11-15 ปี (De Jonge-Heesen et al., 2016) ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่มีพัฒนาการด้านต่าง ๆ แตกต่างจากวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาในครั้งนี้ ในขณะที่บางการศึกษาเป็นการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่มีการตั้งครรภ์ (Boobpamala, Kongvattananon & Griffin, 2022) ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากวัยรุ่นตอนปลายทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในเด็กวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดแบบพบกันเพียงอย่างเดียว ซึ่งไม่สอดคล้องกับรูปแบบการสื่อสารและการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นยุคปัจจุบัน (Vuthiarpa, Sethabouppha, Soivong & Williams, 2012)

จากสาเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Beck, 2011) แบบพบกันร่วมกับการบำบัดทางออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันซูม (Zoom Application) ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ โดยโปรแกรมจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระที่เกิดขึ้น และได้เรียนรู้วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การพิสูจน์และปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดทางลบที่ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระ อีกทั้งจะช่วยทำให้วัยรุ่นมองตนเองตามความเป็นจริง มีการรับรู้และตระหนักในตนเองมากขึ้น มองสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์รอบตัว รวมทั้งมองอนาคตและความคาดหวังตามความเป็นจริง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยังส่งผลให้มีมุมมองต่อปัญหาและมีวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและ

อาจช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการดูแลวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทโรงเรียนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายภายในระยะก่อนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง และหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในระยะหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยจะใช้กรอบแนวคิดทางปัญญาของเบ็ค (Beck, 2011) ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย ที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบ โดยบุคคลจะเกิดความคิดในลักษณะที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง 3 ประการ (Cognitive Triad) ได้แก่ ความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative View of Self) โลก (Negative View of the World) และอนาคต (Negative view of the Future) โดยลักษณะการคิดดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้ศักยภาพ ไร้ความหมาย ไร้อนาคต และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง ลึกลับและลึ้มเหลว อันเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ดังนั้นการช่วยให้บุคคลค้นพบความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การพิสูจน์ว่าความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่ เป็นจริงมากน้อยเพียงใดและการปรับเปลี่ยนความคิดตามความเป็นจริง หรือการแก้ไขปัญหาก็พบว่าความคิดทางลบนั้นเป็นจริงหรือเป็นจริงบางส่วน ก็จะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Beck, 2011)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง เป็นการบำบัดรายกลุ่มประกอบด้วยทั้งหมด 6 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการบำบัดแบบพบกัน จำนวน 3 กิจกรรม ร่วมกับกิจกรรมการบำบัดผ่านทาง

แอปพลิเคชันซูม (Zoom Application) จำนวน 3 กิจกรรม และมีการส่งการบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ในทุกกิจกรรมหลังจากเข้ากิจกรรมแล้ว ซึ่งโปรแกรมจะช่วยให้วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระหรืออาการทางกาย (CT Model) ร่วมกับการใช้เทคนิคในการปรับความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดในการเรียนรู้ที่จะค้นหาความคิด อัตโนมิติในทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สามารถพิสูจน์และปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดทางลบที่ส่งผลต่อ ภาวะซึมเศร้าให้เป็นความคิดที่เหมาะสมตามความเป็นจริงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และ พฤติกรรมและสรีระหรืออาการทางกายในทางที่ดีขึ้นด้วย (Beck, 2011) โดยกิจกรรมการบำบัดแบบหลาย ช่องทางจะช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นตอนปลายเข้าถึงการบำบัดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย มีความต่อเนื่องในการเข้ารับ การบำบัด ลดความรู้สึกลดความกลัวในการเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อทั้งประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของโปรแกรมในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้ในวัยรุ่นตอนปลาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) โดยวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายอายุ 15-19 ปี ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน โรงเรียนในภาคเหนือ 17 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 15-19 ปี ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคเหนือ จำนวน 2 แห่ง จาก 2 จังหวัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบ หลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังนี้

1) ทำการเลือกโรงเรียน จากอำเภอและจังหวัดที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ หลังจากนั้นทำการจับสลากโรงเรียนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม (Random Assignment)

2) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากห้องเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 สายวิทย์-คณิตฯ จากโรงเรียนชั้นละ 1 ห้องเรียน รวมทั้งหมดโรงเรียนละ 3 ห้องเรียน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่

3) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (Matched-Pair Method) ตามลักษณะเพศ ระดับชั้น ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7 จากการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยอ้างอิงค่าเฉลี่ยกับค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง จากงานวิจัยของสารรัตน์ วุฒิอาภา และคณะ (Vuthiarpa et al., 2012) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในเด็กวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 ราย โดยแบ่งจำนวนกลุ่มละ 18 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop Out) ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Grove & Gray, 2018) จะได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นอีก กลุ่มละ 2 ราย เป็นกลุ่มละ 20 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง โดยมีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระหว่าง 5-14 คะแนน 2) สามารถอ่านเขียนและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ 3) มีสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์และสามารถใช้แอปพลิเคชันซูม (Zoom Application) และแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคซึมเศร้า โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตและอารมณ์ และอยู่ระหว่างได้รับยาต้านเศร้า 2) อยู่ในระหว่างการรับการรักษาบำบัดด้านจิตสังคมอื่น

เกณฑ์การยุติ (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือจิตจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมในการศึกษาวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบด้วยปัจจัยอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents, PHQ-A) พัฒนาขึ้นโดยจอห์นสันและคณะ (Johnson, Harris, Spitzer, & Williams, 2002) ซึ่งพัฒนามาจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (The Patient Health Questionnaire for Adolescents, PHQ-9) และแปลภาษาไทยโดยวิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (Panyawong, Pavasuthipaisit & Santitadukul, 2018) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และได้เพิ่มคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอีก 2 ข้อ โดยไม่นำมาคิดคะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน การแปลผล 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 5-9 คะแนน

หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, 10-14 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 15-27 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของเบ็ค (Beck, 2011) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยกิจกรรมที่ 1, 2, 6 เป็นการบำบัดแบบพบกัน (face to face) และกิจกรรมที่ 3, 4, 5 เป็นการบำบัดทางออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันซูม (Zoom Application) และมีการส่งการบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติ และประเมินอารมณ์” เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจเรื่อง สาเหตุ อาการ ผลกระทบและการรักษาภาวะซึมเศร้า และเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระ กิจกรรมที่ 2 “ค้นหาและพิจารณาสำนึก ความคิดเปลี่ยนได้” เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ รูปแบบความคิดอัตโนมัติ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 “พบความคิด พิสูจน์ได้ แก้ไขดี มีทางออก” (ค้นหา พิสูจน์ เปลี่ยน และแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 1) เพื่อให้ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น และมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและขั้นตอนในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 4 “สืบค้นความคิด พิสูจน์สักระยะ ปรับอารมณ์” (ค้นหา พิสูจน์ เปลี่ยน และแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 2) เพื่อให้มีทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ และการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 5 “ปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยนได้” (ค้นหา พิสูจน์ เปลี่ยน และการแก้ไขปัญหาครั้งที่ 3) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ และการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมที่ 6 “ทบทวนด้วยตนเองและวางแผนเป้าหมาย” เพื่อให้สามารถค้นหา พิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบได้ด้วยตนเอง รวมถึงการแก้ไขปัญหา มีการตั้งเป้าหมายในอนาคต และให้กำลังใจตนเองในการไปสู่เป้าหมายนั้นได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence, IOC) เท่ากับ .83

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents, PHQ-A) ไปหาค่าความเชื่อมั่น ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 046/2567 วันที่ 28 มีนาคม 2567 ก่อนดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมและถอนตัวออกจาก การวิจัย ภาวะเสี่ยงและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การบันทึกและเก็บข้อมูลเป็นความลับและมีการนำเสนอ ผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของโครงการงานวิจัยเท่าที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Consent Information Form) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ปกครองทาง โทรศัพท์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองตัดสินใจอย่างอิสระ และสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (Ascent Information Form) จากนั้นมีการจัดส่งเอกสารยินยอมอนุญาตให้แก่ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง (Consent Form) ตามที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี รายละเอียด ดังนี้

ขั้นการเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตนำโครงร่างการวิจัยเข้ารับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายหลังได้รับการอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการ อนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จากโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 17 แห่ง เพื่อให้ได้โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 2 แห่ง และทำการจับสลากเพื่อกำหนดโรงเรียน มัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Random Assignment)
3. ผู้วิจัยเข้าพบครูแนะแนวของโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน บำบัด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด และมีการประชาสัมพันธ์ รับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางโปสเตอร์

4. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้ Google Form ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application)

5. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเลือกกลุ่มทดลองก่อน หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม ซึ่งดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาเดียวกัน โดยผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched-Pair Method) ตามลักษณะเพศ ระดับชั้น ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า กลุ่มละ 20 ราย

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในรูปแบบ Google Form โดยผู้วิจัยส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Pre-Test)

2. ผู้วิจัยส่งต่อข้อมูลกลุ่มควบคุมที่มีภาวะซึมเศร้าให้แก่อาจารย์ประจำชั้นเพื่อให้ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ได้แก่ การให้การปรึกษาเบื้องต้นและการเยี่ยมบ้านโดยอาจารย์ประจำชั้น

3. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งเพื่อติดตามผลหลังจากการสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการวิจัยของกลุ่มทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-Test)

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลอง เพื่อทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในรูปแบบ Google Form โดยผู้วิจัยส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Pre-Test)

2. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 ราย จำนวน 2 กลุ่ม และ 8 ราย จำนวน 1 กลุ่ม เพื่อดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางตามกระบวนการทั้งหมด 6 กิจกรรม ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อติดตามผลหลังจากได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ (Post-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก ด้วยสถิติทดสอบใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher exact test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนและหลังได้รับการบำบัด 2 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนำมาทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติชาปีโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk test) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 คน พบว่ามีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่อยู่ในโค้งปกติ จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนำมาทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 คน กรณีที่พบว่าการแจกแจงข้อมูลแบบไม่อยู่ในโค้งปกติ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 โดยพบอายุ 17 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 เรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด ร้อยละ 40 และผลการเรียนเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.01- 4.00 มากที่สุด ร้อยละ 65 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ทั้งนี้ในระยะก่อนการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 8.40 และ 8.00 ตามลำดับ และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^b
ชาย	6	30	6	30	
หญิง	14	70	14	70	
อายุ (ปี) (Min = 15, Max = 17, $\bar{X}$ = 16.72, SD = .96)					.985 ^a

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
15	2	10	2	10	
16	6	30	6	30	
17	7	35	7	35	
18	5	25	5	25	
ระดับชั้น					1.000 ^a
มัธยมศึกษาปีที่ 4	7	35	7	35	
มัธยมศึกษาปีที่ 5	8	40	8	40	
มัธยมศึกษาปีที่ 6	5	25	5	25	
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม ($\bar{X}$ = 2.90, S.D = .77)					1.000 ^a
2.01-3.00	7	35	7	35	
3.01-4.00	13	65	13	65	
ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลหลัก					.323 ^a
บิดาและมารดา	13	65	10	50	
บิดาผู้เดียว	1	5	2	10	
มารดาผู้เดียว	3	15	4	20	
ปู่ ย่า/ตา ยาย	1	5	4	20	
อื่นๆ (ปู่ และพี่สาว)	2	10	-	-	
คะแนนภาวะซึมเศร้า					
ก่อนการบำบัด	Mean = 8.40		Mean = 8.00		.728 ^a

หมายเหตุ ^a Chi-Square test , ^b Fisher exact test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนและหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง เท่ากับ 8.40 และหลังการได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.25 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัด เท่ากับ 8.00 และหลังจากการได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน 2 สัปดาห์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.45 และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติอนพารามेटริก (Wilcoxon signed rank test) พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนภาวะซึมเศร้า		Mean Rank	Z	Asymp.Sig (2-tailed)
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด 2 สัปดาห์			
กลุ่มทดลอง (n=20)	8.40	5.25	10.00	-3.856	.000*
กลุ่มควบคุม (n=20)	8.00	7.45	6.55	-2.840	.005*

p<.05

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.25 และ 7.45 ตามลำดับ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก (Mann –Whitney U test) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean Rank	Z	Asym.Sig (2-tailed)
หลังการบำบัด 2 สัปดาห์				
กลุ่มทดลอง (n=20)	5.25	14.52	-3.267	.001*
กลุ่มควบคุม (n=20)	7.45	26.48		

p<.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในระยะหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงเรียน ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่วัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบค (Beck, 2011) และเมื่อได้รับการบำบัดตามโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยกิจกรรมในโปรแกรมมีเนื้อหาที่ช่วยให้วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระ (CT Model) เพื่อให้เกิดความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าและแนวทางการบำบัดที่จะนำไปสู่การร่วมมือในการบำบัด (Thapinta, 2012) นอกจากนี้โปรแกรมยังมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการค้นหาคำคิดอัตโนมัติทางลบจากสถานการณ์จริงของตนเองโดยการใช้เทคนิคการถามต่อเนื่อง (Downward Arrow Technique) และเทคนิคการตั้งคำถามแบบโสกราตีส (Socratic Questioning) เพื่อค้นหาคำคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและช่วยให้วัยรุ่นตอนปลายซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดสามารถเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระ ที่นำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ของตนเองได้ ทำให้เกิดมุมมองใหม่ ๆ ที่นำไปสู่การค้นพบด้วยตนเอง (Guided Discovery) (Pityaratstian, 2022) ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมฯ ยังช่วยให้วัยรุ่นที่รับการบำบัดได้ค้นหาคำคิดอัตโนมัติ พิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดตามขั้นตอนและกระบวนการบำบัดตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยภายหลังจากค้นพบคำคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองแล้ว จะนำไปสู่การประเมินหรือการพิสูจน์คำคิดอัตโนมัติในทางลบนั้น (Evaluating Thoughts) ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้านคำคิดอัตโนมัติทางลบว่าเป็นจริงหรือไม่ (Validity) การใช้มุมมองที่หลากหลาย (Variety) โดยการมองมุมอื่นหรือการหาความคิดทางเลือก (Alternatives) และการประเมินประโยชน์ (Utility) ของคำคิดอัตโนมัติทางลบ ในกรณีความคิดบางอย่างที่พิสูจน์แล้วและตรงหรือถูกต้องตามความเป็นจริง แต่เป็นความคิดที่ไม่มีประโยชน์ ก็หยุดคิดหรือหากความคิดนั้นเป็นจริงหรือเป็นจริงบางส่วนก็นำไปสู่การแก้ไขปัญหา และหากความคิดนั้นไม่เป็นจริงจะนำไปสู่ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดที่ไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้เป็นความคิดที่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ลดลง พฤติกรรม และอาการทางกายหรือสรีระในทางที่ดีขึ้น (Beck, 2011) ทั้งนี้ในกิจกรรมแต่ละครั้งมีการมอบหมายการบ้าน (Homework Assignment) ซึ่งเป็นการฝึกการบันทึกการค้นหาคำคิดและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ รวมทั้งการแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง รวมทั้งการฝึกการผ่อนคลายความเครียด ทำให้วัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดเกิดประสบการณ์ตรง และเกิดความเข้าใจในแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่การเป็นผู้บำบัดตนเองในที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเรซซิ่งและคณะ (Rasing et al., 2021) ที่ศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในวัยรุ่นที่กลุ่มเสี่ยงอายุ 13-22 ปีที่ภาวะซึมเศร้า พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและในระยะติดตามผล 6 และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในวัยรุ่นอายุ 13-18 ปีของประเทศญี่ปุ่น พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .004$) (Nagamitsu et al., 2022) นอกจากนี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Yokchoo, 2021) และการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่ ของธนกร แสงสุริยาภาศ (Sangsuriyakart, 2022) ผลการศึกษพบว่ากลุ่มการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้วยเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แม้กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ แต่การที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงเรียนที่มีการให้คำปรึกษาเบื้องต้นนั้น อาจมีส่วนช่วยให้วัยรุ่นได้ระบายความรู้สึกทุกซอกทุกใจ คับข้องใจ เสมือนได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ทำให้ช่วยลดความขัดแย้งในจิตใจ นอกจากนี้การได้รับการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษากับผู้ปกครองจากครูแนะแนว ยังอาจทำให้เกิดความรู้สึกถึงการได้รับการเอาใจใส่ ความผูกพันใกล้ชิด การมีมิตรภาพ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพ ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นการได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงเรียนจึงช่วยให้ความเครียดของวัยรุ่นลดลง สามารถปรับตัวและยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองได้ เข้าใจตนเอง ผู้อื่น และสภาพแวดล้อมได้มากขึ้น รวมถึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมไปในทางที่ดี ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลงด้วยเช่นกัน (Danthaiwattana, 2022)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางไปใช้สำหรับวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และป้องกันความรุนแรงของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายต่อไป

2. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลนักเรียนหรือวัยรุ่นตอนปลายในชุมชน เช่น พยาบาลหรือบุคลากรด้านจิตเวช และสุขภาพจิต ควรได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมจากผู้วิจัยก่อนนำไปบำบัดวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ จึงควรมีระยะติดตามผลระยะยาว 3, 6 และ 12 เพื่อติดตามความยั่งยืนของผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในการลดภาวะซึมเศร้าเมื่อเวลาผ่านไป

2. ควรมีการขยายการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในวัยรุ่นกลุ่มอื่น เช่น วัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกทุกท่านที่ได้แนะแนวทางให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bawanti, P. K. D. & Arifani, Y. (2021). The students' perceptions of using Zoom application on mobile phone in improving speaking skills during online learning at Ban Loeiwangsai School, Loei Province, Thailand. Journal of English Teaching, Literature, and Applied Linguistics, 5(1), 54-61.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1997). The making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. British Journal of Psychiatry, 130, 201-210.
- Boobpamala, S., Kongvattananon, P. & Griffin, M. T. Q. (2022). Effectiveness of an early depression prevention program on coping skills and depression among pregnant adolescents: a randomized controlled trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26(2), 296-312.

- Chanralaksana, N., Thaweekoon, T. & Sangon, S. (2015). Predictive factors of depression among high school students. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(2), 128–143. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2021). Suicide in adolescents. Retrieved (2022, May 6) from <https://www.camri.go.th/th/home/infographic/infographic-463> (in Thai).
- Department of Mental Health. (2022). Mental health data of children and adolescents under 18 years old. Retrieved (2022, May 5) from <https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash07> (in Thai).
- Department of Mental Health. (2022). Report on access to depression services. Retrieved (2023, April 30) from <https://hdcservice.moph.go.th/> (in Thai).
- De Jonge-Heesen, K. W., van Ettehoven, K. M., Rasing, S. P., Liempd, F. H., Vermulst, A. A., Engels, R. C. & Creemers, D. H. (2016). Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents with elevated depressive symptoms: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 402. doi.org/10.1186/s12888-016-1119-8
- Danthaiwattana, S. (2022). Depression in adolescents and the role of teachers. *Journal of Health Sciences, Nakhon Ratchasima College*, 1(2), 54-64. (in Thai).
- David, D., Cristea, I. & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 9, 4. doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004
- Grove, S. K. & Gray, J. R. (2018). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (6th ed.) . Elsevier Health Sciences.
- Hamamura, T. & Mearns, J. (2019). Depression and somatic symptoms in Japanese and American college students: Negative mood regulation expectancies as a personality correlate. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 54(3), 351–359. doi.org/10.1002/ijop.12467
- Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2002). The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of

- mental disorders among adolescent primary care patients. *The Journal of Adolescent Health*, 30(3), 196-204. doi.org/10.1016/s1054-139x(01)00333-0.
- Jeerasup N., Sukhawaha S., Saganrum K., Kenbubpha K. & Dit-ung H. (2020). Development and effectiveness testing of a group cognitive-behavioral therapy program for adolescents with depression in high schools. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 65(1), 47-62. (in Thai).
- Jampawal, T. (2017). Concepts and theories of depression in psychology. *Journal of Buddhist Psychology*, 2(2), 1–11. (in Thai).
- Janjatkarn, B., Dallas, J. C. & Nabkasorn, C. (2019). Predictive factors of depression among high school students in the municipal area of Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 62–75. (in Thai).
- Keerisrijaras, W., Pimpa, N. & Phorawat, R. (2019). Depression among adolescents in Mueang District, Kamphaeng Phet Province (Conference presentation). In *Proceedings of the 6th National Academic Conference* (pp. 24-33). Research and Development Institute, Kamphaeng Phet Rajabhat University. (in Thai).
- Lortakul, M. & Sukanich, P. (2015). *Rama psychiatry* (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai).
- Marchetti, I., Pössel, P. & Koster, E. H. W. (2021). The architecture of cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescence: a longitudinal network analysis study. *Research on child and adolescent psychopathology*, 49(2), 267–281. doi.org/10.1007/s10802-020-00733-5
- Ministry of Public Health. (2022). Budget document No. 3: Revised expenditure budget under the Annual Budget Expenditure Act, B.E. 2565 (2022). Retrieved (2023, May 9) from <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER50/DRAWER060/GENERAL/DATA0002/0002065.PDF> (in Thai).
- National Institute for Child and Adolescent Mental Health. (2018). *Clinical practice guideline for adolescents with depression* (1st ed.). Bangkok: Beyond Publishing Co., Ltd. (in Thai).

- National Institute for Child and Adolescent Mental Health. (2022). Standards for adolescent counseling services for healthcare personnel (1st ed.). Bangkok: Beyond Publishing Co., Ltd. (in Thai).
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C. & Santitadakul, R. (2018). Thai version of the patient health questionnaire for adolescents: PHQ-A. Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health. (in Thai).
- Pityaratstian, N. (2022). Basic skill in CBT (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).
- Pooley, M. (2020). Face to face vs online therapy session. Retrieved (2024, October 3) from <https://www.emmapooleytherapy.com/blog/face-to-face-vs-online-therapy-sessions>
- Rasing, S., Creemers, D., Janssens, J. & Scholte, R. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1066. doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01066
- Rasing, S. P., Stikkelbroek, Y. A., Den Hollander, W., Okorn, A. & Bodden, D. H. (2021). Long term outcomes of blended CBT compared to face-to-face CBT and treatment as usual for adolescents with depressive disorders: Analyses at 12 months post-treatment. *Social Sciences*, 10(10), 373.
- Sangon, S., Nintachan, P. & Kingkaew, C. (2018). Factors influencing depression in Thai disadvantaged adolescents in a province in central Thailand. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(2), 13-28. (in Thai).
- Sangsuriyakart, T. (2022). Effectiveness of a multichannel cognitive and behavioral adjustment program for individuals with depression at Ban Talad Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province. (Master's thesis). Chiang Mai University. (in Thai).
- Sukhawaha, S., & Arunpongsai, S. (2017). Risk factors and theories related to suicide in adolescents: a comprehensive literature review. *Journal of the Thai Psychiatric Association*, 62(4), 359-378. (in Thai).
- Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R. & Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud mental*, 44(1), 3-10.

- UNICEF. (2021). The state of the world's children 2021: On my mind – promoting, protecting and caring for children's mental health, UNICEF, New York.
- UNICEF. (2024). Cyberbullying: What is it and how to stop it. Retrieve (2024, October 3) from <https://www.unicef.org/end-violence/how-to-stop-cyberbullying>
- Uysal, B., Morgül, E., Taştekin, F., Sönmez, D., Tepedelen, M. S., Gülay, S., Eskioğlu Aydın, I., Evecek, H. & Gormez, V. (2022). Videoconferencing-based cognitive behavioral therapy for youth with anxiety and depression during COVID-19 pandemic. *School Psychology International*, 43(4), 420–439. doi.org/10.1177/01430343221097613
- Thapinta, D. (2012). Depression: therapy and counseling through cognitive and behavioral adjustment. Chiang Mai: Wanida Printing. (in Thai).
- Vuthiarpa, S., Sethabouppha, H., Soivong, P. & Williams, R. (2012). Effectiveness of a school-based cognitive behavioral therapy program for Thai adolescents with depressive symptoms. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(3), 206-221. (in Thai).
- Wang, Z., Xie, Q., Xin, M., Wei, C., Yu, C., Zhen, S., Liu, S., Wang, J. & Zhang, W. (2020). Cybervictimization, depression, and adolescent internet addiction: The Moderating Effect of Prosocial Peer Affiliation. *Frontiers in psychology*, 11, 572486. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572486
- Wright, J. H. & Mishkind, M. (2020). Computer-assisted CBT and mobile apps for depression: assessment and integration into clinical care. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(2), 162–168. doi.org/10.1176/appi.focus.20190044
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.
- Yokchoo, J. (2021). Effectiveness of a multichannel cognitive and behavioral adjustment program for individuals with depression at Bannaderm Hospital, Surat Thani Province. *Journal of Medical Science Region* 11, 35(1), 101–112. (in Thai).