



# การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา

## Development and Test Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Depression in Adolescents

นันทิยา จีระทรัพย์\*, สุพัตรา สุขาวหา\*, กมลทิพย์ สงวนรัมย์\*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา\*, หทัยรัตน์ ดิษฐอุ้ง\*

Nuntiya Jeerasup\*, Supattra Sukhawaha\*, Kamonthip Saguanrum\*, Kedsaraporn Kenbubpha\*, Hathairat Dit-ung\*

\* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี, 34000

\* Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province, 34000

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) แบบกลุ่มสำหรับใช้ในการลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาและพัฒนา มี 2 ระยะ 1) ระยะพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นตามแนวคิด CBT พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์เกี่ยวกับ CBT ในเด็กและวัยรุ่น โปรแกรมยังผ่านการประเมินและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้าน CBT มีกิจกรรม 6 ครั้ง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที 2) ระยะทดสอบโปรแกรมในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าจำนวน 26 คน และกำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-5 ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลางฉบับปรับปรุง และการวินิจฉัยของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ก่อนเข้าโปรแกรม รวมทั้งประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลางฉบับปรับปรุง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที รวมทั้งติดตามผลใน 1 และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

**ผลการศึกษา** โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การรู้จักเข้าใจซึมเศร้า กิจกรรมที่ทำแล้วสุข รู้เท่าทันความคิด รู้เท่าทันอารมณ์ จัดการกับปัญหาและตั้งเป้าหมายในชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดจนครบโปรแกรมจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่อายุ 14 ปี (ร้อยละ 39.1) อายุเฉลี่ย 14.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.335) เพศหญิง (ร้อยละ 34.8) ผลการทดสอบโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) การติดตามในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และยังคงเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 2 คน

**สรุป** โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมีประสิทธิภาพผลสามารถใช้ในการลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ จึงควรมีการขยายผลนำไปใช้สำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษาอื่นต่อไป

**คำสำคัญ** ซึมเศร้า, วัยรุ่น, การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, โรงเรียนมัธยมศึกษา

Corresponding author: สุพัตรา สุขาวหา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(1): 47-62

## ABSTRACT

**Objectives :** This study was to develop and test the effectiveness of a school-based cognitive behavioral group therapy (CBT) for depression in children and adolescents.

**Methods :** A research and development design was used to study, consisting of two phases. The first phase was the development stage based on the concept of CBT. Three researchers who developed this program were trained and experienced in term of CBT in childhood and adolescence. The CBT program was also evaluated and provided suggestions from an expert on CBT. The CBT program was divided into six sessions in every session for about 60 minutes, and it performed in six weeks. The second phase is the evaluation of the CBT program. Twenty-six participants were children and adolescents experiencing depression and studying in junior and senior high school of a public school in Ubon Ratchathani province. They were examined by the revision of 9-questions of an assessment tool for depressive symptoms and diagnosed by a child and adolescent psychiatrist before recruiting them into the CBT program. The 9-Q-revision were also used to assess depressive symptoms of the participants after the end of the program immediately, including follow-up in one and three months. The data were analyzed using frequency, percentage, and Repeated Measures ANOVA.

**Results :** The CBT program consists of six sessions, namely, insight into depression, happiness activities, be aware of own thought, be mindful of own emotion, management own problems, and set up own goal. The subjects who were willing to participate in all six sessions of the CBT program were twenty-three persons. The majority of the participants aged 14 years-old (39.1%) and average aged 14.6 years-old (S.D.=1.335). Most of them were female students approximately 34.8%. Evaluation of the CBT program found that average a score of depressive symptoms in the participants reduced significantly after finishing the CBT program ( $p<0.01$ ). The follow-up period in one and three months also indicated that average a score of depressive symptoms in participants significantly decreased ( $p<0.01$ ) when compared with the score before attending the CBT program. Two participants have still observed the high-risk of suicide.

**Conclusion :** The school-based cognitive behavioral group therapy (CBT) for depression in children and adolescents has shown the effectiveness to reduce depressive symptoms. Therefore, this CBT program should be implemented and applied to childhood and adolescence experiencing depression in junior and senior high schools.

**Keywords :** depression, children, adolescents, cognitive behavioral group therapy, a school-based

---

Corresponding author: Supattra Sukhawaha

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(1): 47-62

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่นทั่วโลก มีความชุกใน 1 ปี (The 12-month prevalence) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 ในปี ค.ศ. 2005 มาที่ร้อยละ 11.3 ในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 12 ถึง 20 ปี<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระจายทั่วประเทศค่อนข้างน้อย พบการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ:การสำรวจโรงเรียนและวิทยาลัยระดับชาติปี 2547 พบมีวัยรุ่นในโรงเรียนสายอาชีพศึกษามีภาวะซึมเศราร้อยละ 19.7 วัยรุ่นในโรงเรียนสายสามัญศึกษามีความชุกร้อยละ 14.6<sup>2</sup> การศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 3.8<sup>3</sup> ในขณะที่วัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่จังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 14.6<sup>4</sup>

นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของการตายในวัยรุ่นทั่วโลก<sup>5</sup> โดยมากกว่าครึ่งของวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายพบว่าขณะที่ลงมือฆ่าตัวตาย กำลังป่วยเป็นโรคซึมเศร้า<sup>6</sup> นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุหลักของปัญหาความพร้อมในการศึกษาและการเข้าสังคมของวัยรุ่น<sup>7</sup> อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติดและความอ่อนในวัยรุ่น<sup>8</sup> โดยพบวัยรุ่นที่มีลักษณะของความผันผวนทางอารมณ์ หุนหันพลันแล่น หงุดหงิด มีปัญหาการกินผิดปกติ วิตกกังวลมีอาการป่วยทางกายที่ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกาย มีการหนีเรียน ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ต่ำลง ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นการแสดงขั้นแรกของโรคซึมเศร้า (early onset of depressive symptoms) ผลกระทบที่ตามมา ถ้าหากวัยรุ่นไม่ได้รับการค้นพบเพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษา ดูแลเฝ้าระวังอาจนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้าในระยะต่อมา

นอกจากนี้ด้วยลักษณะของวัยรุ่นเองส่วนใหญ่มีความสนใจน้อยที่จะไปพบบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาของตน โดยเฉพาะเมื่อวัยรุ่นมีอาการแสดงออกเบื้องต้นของภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและดูแลเฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น<sup>9</sup> ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศรามีได้หลายสาเหตุทั้งปัจจัยบุคลิกภาพส่วนบุคคล ยีน พันธุกรรม ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดสูง เช่น การสูญเสีย การประสบอุบัติเหตุ ทูพลภาพ การหย่าร้างแยกทางของพ่อแม่ การถูกเพื่อนรังแก ความยากจน เป็นต้น<sup>10</sup> ส่วนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์กับประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การมองตนไม่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ความไม่พอใจในผลการเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่าเดิม การอยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกที่ไม่ดี มีรายได้ต่ำ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย<sup>3,4</sup>

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าการป้องกันโรคซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่นมีความสำคัญมากซึ่งเป็นสิ่งที่ป้องกันได้และจากการศึกษาเชิงวิเคราะห์หรืออภิมาณ (meta-analysis) พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) และ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) สามารถป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์เกิดโรคซึมเศร้าใหม่ได้ถึงร้อยละ 22<sup>11</sup> อีกทั้งการช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมตั้งแต่อายุน้อยจะสามารถปรับให้เป็นนิสัยความเคยชินได้ดีกว่าเมื่อความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ฝังลึกลงไปจนยากจะแก้ไขในวัยผู้ใหญ่แล้ว<sup>12</sup> โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดในการจัดระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และเป็นสังคมที่วัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในแต่ละวัน การศึกษาวิเคราะห์หือภิมาน (systematic review and meta-analysis) ถึงผลของการทำโปรแกรมการดูแลป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียน พบว่าโปรแกรมการดูแลป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียนได้ผลในการป้องกันโรคซึมเศร้า แม้จะมี effect size จำนวนไม่สูง แต่พบว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้<sup>13</sup> รูปแบบของโปรแกรมเพื่อป้องกันซึมเศร้าในโรงเรียนส่วนใหญ่ใช้แนวคิดมาจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ซึ่งโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ มี effect size สูงจะมีขั้นตอนของการค้นหาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคโนโลยี สื่อออนไลน์ที่วัยรุ่นเข้าถึงได้ แต่อยู่ภายใต้การดูแลของครูและมีระบบที่เชื่อมต่อไปที่บุคลากรทางสุขภาพจิตโดยครูในโรงเรียนเป็นแกนในการประสานงาน<sup>14</sup> และหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาในปัจจุบันพบว่าการทำกลุ่ม CBT มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าทางคลินิกในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการให้บริการตามปกติ<sup>15</sup>

อย่างไรก็ตามการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นของประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยและยังขาดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษาสำหรับใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อดูแลเฝ้าระวังลดความรุนแรงของอาการ และป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างเป็นระบบในโรงเรียนมัธยมศึกษา ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้

มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่น ที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา ภายใต้การประเมินวินิจฉัยรักษาจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อ

การลดอาการโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น รวมทั้งสามารถใช้เป็นต้นแบบของการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษาของไทย สำหรับใช้ในการขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มี 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (cognitive behavioral group therapy) สำหรับวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า 2) ระยะทดสอบโปรแกรมการบำบัดในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน โดยเลือกโรงเรียนที่มีขนาดใหญ่มีการจัดการเรียนการสอนที่ได้มาตรฐาน เพื่อเป็นตัวแทนของโรงเรียนขนาดใหญ่ในจังหวัดอุบลราชธานี การสนทนากลุ่มกับตัวแทน แกนนำนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 ราย ตัวแทนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 10 ราย ตัวแทนคุณครูที่ปรึกษา คุณครูแนะแนว และคุณครูในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เพื่อวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคซึมเศร้าของนักเรียนในโรงเรียน รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดซึมเศร้าของนักเรียน

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จัดทำต้นแบบโปรแกรมโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ แพทย์หญิงนันทิยา จีระภรณ์ ดร.สุพัชรา สุขชาว และ นางหทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง จากนั้นมีการนำเสนอ

โปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่ผ่านการอบรมและมีใบประกาศนียบัตรรับรองความเชี่ยวชาญจาก Beck institute for cognitive behavior therapy ผศ.นพ.ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องถูกต้องตามหลักการ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

## ระยะที่ 2 ระยะทดสอบโปรแกรมการบำบัดในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

เป็นวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี อายุ 13-17 ปี กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-5

### กลุ่มตัวอย่าง

เป็นวัยรุ่นจากโรงเรียนดังกล่าวที่ถูกสุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย ในวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ส่วนวัยรุ่นที่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (center for epidemiologic studies -depression scale) ฉบับภาษาไทย โดยการสุ่มใช้วิธีนำเลขประจำตัวนักเรียนทั้งหมดในแต่ละระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 5 มาเรียงลำดับกัน แล้วใช้โปรแกรมสุ่มเลขประจำตัวนักเรียนโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้เลขประจำตัวใด ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับการประเมินคัดกรองซึมเศร้า หลังจากนั้นวัยรุ่นที่มีผลบวกจากแบบประเมินดังกล่าว จะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลางฉบับปรับปรุง (9Q -revision) โดยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยขึ้นไป (คะแนน  $\geq 7$ ) จะได้รับการเชิญชวนให้เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม โดย

การคัดเลือกตัวอย่างตามความสมัครใจแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การบำบัดตามโปรแกรม

1.1 แบบคัดกรอง Children's depression inventory CDI ฉบับภาษาไทย พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดย Trangkasombat และคณะ<sup>16</sup> สามารถใช้คัดกรองนักเรียนที่มีอายุ 10-17 ปี แต่ข้อความใน CDI เหมาะสำหรับในวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-14 ปี ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือกระดับความรุนแรงของ อาการ (คะแนน 0 = ไม่มีอาการเศร้าเลย, คะแนน 1 = มีอาการซึมเศร้าบ่อย, คะแนน 2 = มีอาการซึมเศร้า ตลอดเวลา) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-54 คะแนน โดยให้วัยรุ่นเป็นผู้ตอบคำถามเอง ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป มีสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) = 0.83 ในการจำแนก (discriminant validity) มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 79, ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 91 และ ความถูกต้อง (accuracy) ร้อยละ 87 จึงใช้ CDI ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

1.2 แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for epidemiologic studies-depression scale) ฉบับภาษาไทย พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดยอุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ (17) สามารถใช้คัดกรองนักเรียนที่มีอายุ 15-18 ปี เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยง โดยมีค่า Cronbach's coefficient alpha = 0.86 และความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 ความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 82 ที่จุดตัดคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงและติดตามอาการซึมเศร้า

2.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม  
ภาษากลางฉบับปรับปรุง (9Q-revision) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดย ธรณินทร์ กองสุขและคณะ<sup>18</sup> ความตรงตามเกณฑ์มาตรฐาน เทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression มีค่าความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี ค่า Pearson's product-moment correlation = 0.719 (95% CI: 0.69 to 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ค่า ROC curve 0.897 (95%CI 0.85 to 0.943) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ช่วงค่าคะแนน 7-12 เป็นระดับเล็กน้อย มีค่าความไว ร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) 5.1 เท่า ช่วงค่าคะแนน 13-17 เป็นระดับปานกลาง มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะ ร้อยละ 93.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า 12.2 เท่า ค่าคะแนน 18 ขึ้นไป เป็นระดับรุนแรง มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะ ร้อยละ 95.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า 16.6 เท่า แบบประเมินนี้ใช้เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินผลลัพธ์การวิจัย ก่อนเข้ารับการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรมทันที

1 เดือน และ 3 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัด

3. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา เป็นการบำบัด 6 ครั้ง ผู้บำบัดเป็นนักวิจัยที่เป็นพยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเบื้องต้น และผ่านการอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับวัยรุ่น ซึ่งเป็นผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ด้วย ดำเนินการในชั่วโมง โยมรวม ห่างกันทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ในแต่ละครั้งดำเนินการโดยผู้บำบัดคนเดิม แบ่งกลุ่มปิดตามระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1-มัธยมศึกษาปีที่ 5 แยกตามวันจันทร์-ศุกร์ ดำเนินการภายใต้การรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีการเก็บรักษาข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของนักเรียนตลอดการวิจัย ตั้งแต่การคัดกรองและการบำบัดจนสิ้นสุดการวิจัย นักเรียนที่พบว่า มีอาการซึมเศร้าและเข้าร่วมกลุ่มจะถูกปกปิดไว้ มีครูที่เป็นหัวหน้าระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนและครูที่เป็นหัวหน้างานแนะแนว จะรับทราบข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเฝ้าระวังในขณะที่นักเรียนอยู่ในโรงเรียน ข้อมูลจะอยู่ที่ไฟล์ที่ถูกบันทึกไว้และเข้าถึงได้เฉพาะครูและนักวิจัยเท่านั้น ขั้นตอนการบำบัดตามโปรแกรมมีดังนี้

ขั้นตอน	เนื้อหาสำคัญ	เป้าหมาย
1	รู้จัก รู้จิต รู้อารมณ์	ทำความเข้าใจอารมณ์เศร้า ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
2	กิจกรรม ทำแล้วพิน	กระตุ้นให้วัยรุ่นได้ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่ออารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
3	รู้จักอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม	ทำความเข้าใจโครงสร้างความคิด ผลของความคิดที่มีต่ออารมณ์ พฤติกรรม การแสดงออกทางร่างกาย
4	รู้เท่าทันความคิด	ทำความเข้าใจความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์ความคิดและการปรับเปลี่ยนความคิด
5	จัดการกับปัญหา	ฝึกการแก้ไขปัญหา ทำความเข้าใจ หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ข้อดี ข้อเสีย และตัดสินใจเลือกทางการแก้ไขปัญหา
6	ตั้งเป้าหมายในชีวิต	ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ การนำไปใช้ และตั้งเป้าหมายชีวิต วาดรูปตัวเองในเวอร์ชันถัดไป การเปลี่ยนแปลงในทางดีที่ตั้งใจให้เกิดขึ้น หลังจากสิ้นสุดกลุ่ม
หมายเหตุ	สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกลุ่ม ประกอบด้วยคู่มือ ผู้บำบัด สมุดประจำตัววัยรุ่น กระดาษชาร์ต สีเขียนกระดาษ ปากกา	

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เอกสารรับรองเลขที่ 001/2562 ดำเนินงานตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. หลังจากผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วคณะนักวิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการตามแผนของโครงการวิจัย

2. เก็บข้อมูลภาคสนามโดยการค้นหา คัดกรองนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบคัดกรองในข้อ 1.1. และ 1.2

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีผลบวกจากการใช้แบบคัดกรองในข้อ 1.1. และ 1.2 จะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลางฉบับปรับปรุง (9Q-revision) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยขึ้นไป (คะแนน  $\geq 7$ ) จะได้รับการเชิญชวนให้เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงรุนแรง จากการใช้แบบประเมิน 9Q-revision (13 คะแนน ขึ้นไป) จะได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กรณีจิตแพทย์วินิจฉัยโรคว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีการสัมภาษณ์ประวัติเพิ่มเติมเพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าและวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมซึ่งจะได้รับการรักษาด้วยยา ตามการพิจารณาของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และการติดตามอาการของโรคซึมเศร้าจากคณะนักวิจัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งต่อข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

4. กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม จนครบ 6 ครั้ง จะได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที จากนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัด ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลางฉบับปรับปรุง รวมทั้งได้รับการติดตามประเมินอาการซึมเศร้าด้วยเครื่องมือดังกล่าว ทางโทรศัพท์หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน

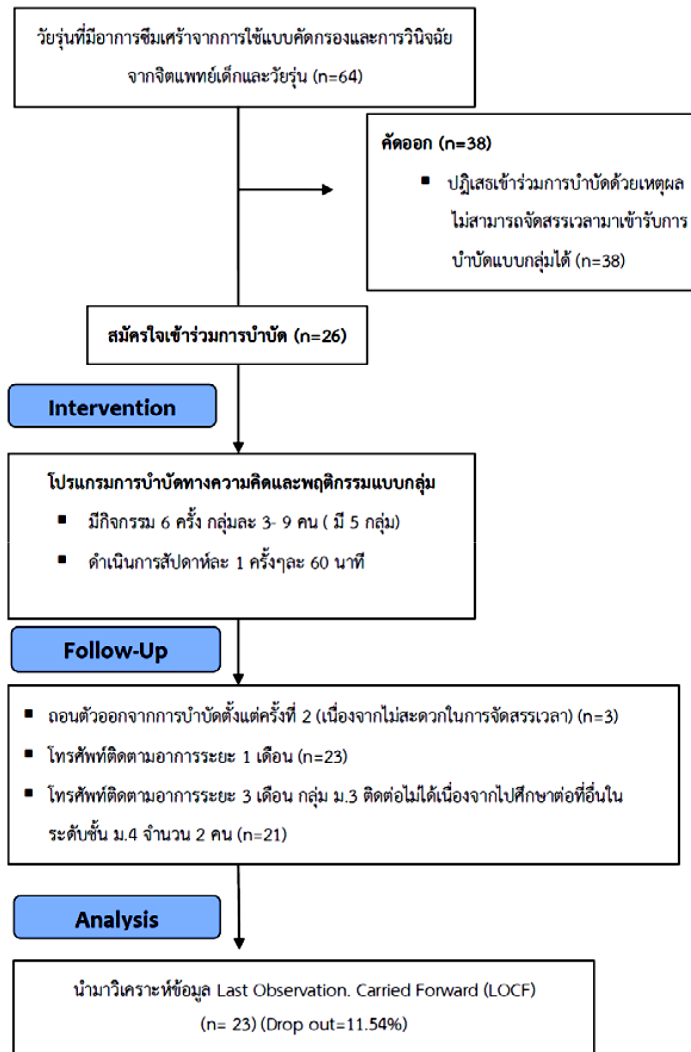
**เกณฑ์การคัดเข้า**

- 1. มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยขึ้นไปจากการใช้แบบประเมิน 9Q
- 2. ไม่มีโรคร่วมจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์ เช่น โรคจิตเวช หรือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว
- 3. สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและได้รับการลงนามยินยอมให้เป็นอาสาสมัครจากผู้ปกครอง
- 4. มีเวลาที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

**เกณฑ์การคัดออก**

- 1. ขาดการร่วมกิจกรรม 2 ครั้งขึ้นไป
- 2. มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 3. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินงานของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย อายุระหว่าง 13 - 17 ปี อายุเฉลี่ย  $14.6 \pm 1.335$  ปี แยกเป็นชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-5 ชั้นเรียนละ 5-9 ราย จำนวนมากที่สุดเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 9 ราย กลุ่ม

ตัวอย่าง อยู่ด้วยกันกับบิดาและมารดา มากที่สุดจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 69.7) สถานภาพทางการเงิน พอมีพอกิน มีหนี้สิน มีเงินเก็บ มากที่สุด จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 56.5) บิดา มารดามีอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ มากที่สุด จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 60.9)



**ผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น**

การประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อนเข้ารับการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ด้วยแบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ฉบับปรับปรุง พบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมดังกล่าว วัยรุ่นส่วนใหญ่มีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 52.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1 และระดับน้อย ร้อยละ 21.7 ตาม

ลำดับ แต่ไม่มีวัยรุ่นที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปกติ ในขณะที่ผลการประเมินหลังการบำบัดทันที ติดตามในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า วัยรุ่นมีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 30.4, 69.6 และ 65.2 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าหลังการบำบัดทันที ติดตามในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า ระดับความรุนแรงลดลงก่อนการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมดังกล่าว ร้อยละ 26.1, 8.7 และ 17.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อนเข้ารับการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ฉบับปรับปรุง

ผลการประเมิน	ระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า			
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	รุนแรง จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการบำบัด	0	5 (21.7)	6 (26.1)	12 (52.2)
หลังการบำบัด	7 (30.4)	4 (17.4)	6 (26.1)	6 (26.1)
ติดตาม 1 เดือน	16 (69.6)	3 (13.0)	2 (8.7)	2 (8.7)
ติดตาม 3 เดือน	15 (65.2)	4 (17.4)	0	4 (17.4)

ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ฉบับปรับปรุง ของนักเรียนมัธยมก่อนการ

บำบัด หลังการบำบัดทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 21.30, 14.52, 7.35 และ 8.91 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

ระยะเวลาประเมินอาการของโรคซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคซึมเศร้า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนการบำบัด	21.30	15.218
หลังการบำบัด	14.52	12.958
ระยะติดตามผล 1 เดือน	7.35	11.154
ระยะติดตามผล 3 เดือน	8.91	14.168

**ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาต่ออาการของโรคซึมเศร้า**

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรม โดยวัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน ด้วยการประเมินด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุง ด้วย

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบ

เป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method) (ตารางที่ 3 และ 4)

**ตารางที่ 3** ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยวัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผลในระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน

คะแนน	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P-value
9Q	ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	3707.870	2.250	1648.160	18.359	.000*
	ความคลาดเคลื่อน	4443.130	55.409	80.188		

\*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการวัดค่าคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อนการบำบัด หลังการบำบัดและระยะติดตามผลในระยะ 1 และ 3 เดือนพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=18.359, p< 0.01) แสดงว่า ค่าคะแนนที่ได้จากผล

การวัดอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน จากนั้นคณะผู้วิจัยนำผลมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni method) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของนักเรียนมัธยม ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอโรนนี่ (Bonferroni)

ระยะเวลาการทดลอง (I)	ระยะเวลาการทดลอง (J)	ผลต่างของค่าเฉลี่ย(I-J)	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังการบำบัดทันที	9.043*	2.771	.021
	ระยะติดตาม 1 เดือน	16.217*	2.296	.000
	ระยะติดตาม 3 เดือน	14.652*	2.609	.000
หลังการบำบัดทันที	ระยะติดตาม 1 เดือน	7.174*	1.827	.004
	ระยะติดตาม 3 เดือน	5.609	3.005	.452
ระยะติดตาม 3 เดือน	ระยะติดตาม 1 เดือน	1.565	1.731	1.000

\*p< .05

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ก่อนการบำบัด เปรียบเทียบกับหลังการบำบัดทันที ก่อนการบำบัด เปรียบเทียบกับระยะติดตาม 1 เดือน ก่อนการบำบัด เปรียบเทียบกับระยะติดตาม 3 เดือน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05)

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่าง 3 คนที่อาการซึมเศร่ายังคงอยู่และได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากจิตแพทย์ร่วมกับใช้ยารักษาซึมเศร้าในเดือนที่ 3 หลังติดตามผลการวิจัย ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ทักเิกการเกิดโรคซึมเศร้าในมุมมองของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นดังนี้

ผลการวิเคราะห์หลักไภการเกิดโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง

เด็กวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 คนและมีผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าจากแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ฉบับปรับปรุง ในระดับรุนแรง หลังจากส่งพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและบำบัดรักษา เมื่อวิเคราะห์หลักไภการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ตัวอย่างทั้ง 3 ราย มีจุดร่วมที่เหมือนกัน คือ มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง มี 2 คนที่มีความคิดอยากตาย เคยทำร้ายตนเองด้วยการกรีดข้อมือหยิกตัวเอง ซ้ำๆ มีปัญหาการนอน ขาดสมาธิ ส่วนอีก 1 รายมีอาการทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวันปวดหัวปวดท้อง ใจสั่น นอนไม่ค่อยหลับ ขาดสมาธิ ซึ่งรบกวนการเรียนมากและเก็บตัว วัยรุ่นทั้ง 3 รายได้รับการรักษาโดยการให้ยา และจิตบำบัดรายบุคคลร่วมกับการให้คำปรึกษาครอบครัว และเข้ากลุ่มบำบัด

จากการสัมภาษณ์ประวัติ ประเมิน เด็กและครอบครัว วิเคราะห์หลักไภการเกิดโรคซึมเศร้าได้ดังต่อไปนี้

### 1. ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors)

จากการสัมภาษณ์ประวัติ ประเมิน เด็กและครอบครัว พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของเด็ก ทั้งในด้านปัจจัยความเสี่ยง (predisposing factors) ด้านชีวภาพ (biological factor) ด้านภาวะภายในจิตใจ (psychological factor) และด้านสังคมรอบตัว (social factor) ดังนี้

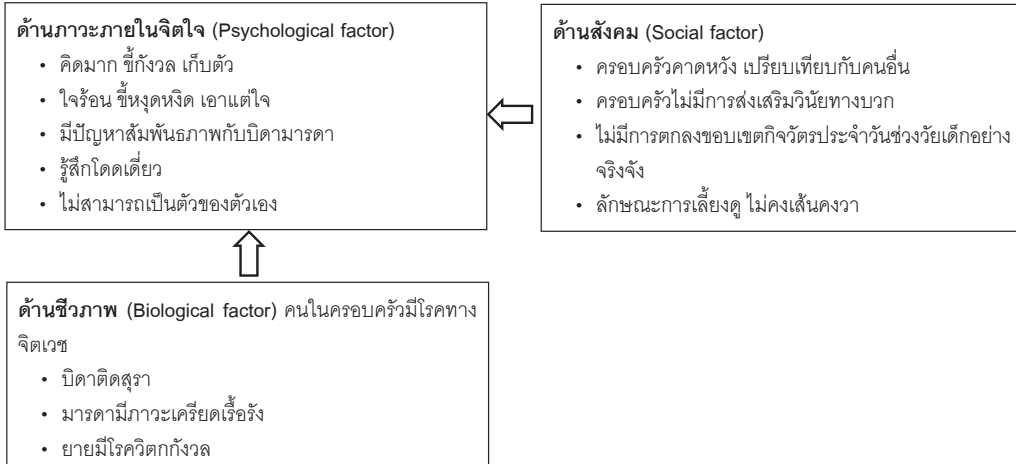
**ด้านชีวภาพ (biological factor)** ด้านพันธุกรรม มีปัญหาทางจิตเวชในครอบครัว คือ 1 รายบิดาติดสุรา 1 คนมารดามีภาวะเครียดกังวลเรื้อรัง และอีก 1 รายยายมีโรควิตกกังวล

**ด้านภาวะภายในจิตใจ (psychological factor)** พื้นฐานเดิมในวัยเด็ก 1 คนสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง เป็นหอบในวัยเด็ก มักคิดมาก ซ้ำกังวล จริ่งจิ้ง เก็บตัวอีก 2 ราย เป็นเด็กใจร้อน ชี้แจงจุดแข็ง ค่อนข้างเอาแต่ใจ พบว่าทุกคนมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดาห่างเหิน 1 ราย ในวัยเด็กเล็กย้ายเอาไปเลี้ยง 2 ราย ที่อยู่กับบิดามารดา พบว่า บิดามีลักษณะตำหนิ ดึงสุรามาก็จะหาเรื่องดูว่า อีก 1 ราย มองว่าบิดา เป็นคนที่ไม่เห็นเหตุผล ไม่รักตนชอบพูดประชดประชันและพูดรุนแรงทำให้รู้สึกซ้ำใจหลายครั้ง บิดาไม่ให้อ่าน มารดาใจร้อน และมองว่ามารดาคอยควบคุม จู้จี้ ในการใช้ชีวิตของตน

ทั้ง 3 ราย มีความรู้สึกไม่สนิทใจกับบิดามารดา รู้สึกโดดเดี่ยว บิดามารดาทะเลาะกันบ่อย เด็กรู้สึกถูกควบคุมบังคับอย่างมากต้องทำตามความต้องการของพ่อแม่ตลอดเวลา รู้สึกตนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองได้เมื่ออยู่บ้าน

**ปัจจัยทางสังคมรอบตัว (social factor)** ระบุว่าครอบครัวพูดถึงความคาดหวังที่เปรียบเทียบกับคนอื่น ครอบครัวไม่ได้มีการส่งเสริมวินัยเชิงบวก ไม่มีการตกลงขอบเขตของกิจวัตรประจำวัน ช่วงวัยเด็กเล็กและวัยรุ่นเรียน (ระดับประถม) อย่างเหมาะสมจริงจัง เช่น เวลานอน การใช้โทรศัพท์ การรับผิดชอบงานบ้าน ลักษณะการเลี้ยงดูมีความไม่คงเส้นคงวา (inconsistency)

### สรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) ที่มีผลต่อการเป็นซึมเศร้าของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง

## 2. ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors)

เด็กวัยรุ่นทั้ง 3 ราย มีปัญหาการเรียนที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ผลการเรียนลดลง และติด 0 ติด ร ประกอบกับพ่อแม่มีการสื่อสารในบ้านที่กระตุ้นว่ากล่าวอย่างรุนแรงรุนแรง โดยการพูดจี้จุดอ่อน ดู ตำว่ากล่าวพูดประชดประชัน ต่อว่า เปรียบเทียบกับพี่หรือน้อง และเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ดีกว่า

## 3. ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors)

ได้แก่ มีปัญหาการสื่อสารในบ้าน พ่อแม่ขาดความเข้าใจ เข้าถึงความรู้สึก ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารถึงความรู้สึกของวัยรุ่น มีการสื่อสารเชิงตำหนิมากกว่าเชิงบวก โดยเด็ก รู้สึกว่า “หนูไม่มีสิทธิ์พูด เพราะที่บ้านบอกหนูไม่มีสิทธิ์ที่จะพูด” หรือ เปรียบเทียบกับคนอื่น เช่น “คนอื่นทำได้ ลูกก็ต้องทำได้” ผู้ปกครองมีความตึงเครียดสูง ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นตามวัย และตัวเด็กขาดทักษะการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียด

## 4. ปัจจัยปกป้อง (protective factors)

ได้แก่ เด็กมีศักยภาพทางสติปัญญา (IQ) ดี ยังคงสนใจการเรียน ไม่มีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน ไม่มีปัญหาพฤติกรรมเกเร บิดามารดามีความหวังดีห่วงใยครอบครัวไม่แตกแยกและยอมรับการพาเด็กเข้าสู่กระบวนการรักษา และคุณครูมีความเข้าใจภาวะปัญหาของวัยรุ่นและร่วมมือช่วยเหลือ

สำหรับแผนการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นทั้ง 3 คน พบว่า ครอบครัวได้พาเด็กทั้ง 3 คน มาเข้ารับการรักษาและติดตามอาการสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีอาการทุเลา รวมทั้งยังคงมีการนัดติดตามอาการตามแผนการรักษาต่อไป นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าไปยังโรงเรียนที่นักเรียนกำลังศึกษา

## วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา มี

ประสิทธิผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังจากการติดตามผลต่อเนื่องใน ระยะ 1 และ 3 เดือน เนื่องจากรูปแบบของการบำบัดมี จุดเด่น คือวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็น แบบกลุ่ม ซึ่งเหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่มีเพื่อนเป็น ส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิต รูปแบบการบำบัด CBT แบบเดิมมักจะเป็นแบบรายบุคคล การบำบัดแบบกลุ่ม นี้จึงเป็นการพัฒนารูปแบบแรกของการบำบัดแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ไป ดำเนินการที่โรงเรียน ซึ่งวัยรุ่นในโรงเรียนสามารถเข้าถึง ได้ง่าย โดยไม่เสียการเรียน อีกทั้งการพัฒนากิจกรรม มีความสอดคล้องกับความต้องการและลักษณะการใช้ ชีวิตของวัยรุ่นโดยอยู่ในกรอบแนวคิดของการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมด้วย จึงทำให้เกิดความสนุก ร่วมมือในการทำกิจกรรมและมีประสิทธิภาพในการ จัดการกับความคิด ซึ่งมีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของ วัยรุ่นได้ นอกจากนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กระบวนการ กลุ่ม ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ไม่ได้ซึมเศร้าอยู่คน เดียว ความเห็นของกลุ่ม การได้รับการยอมรับและ กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อ การบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม(therapeutic factors) จึงเสริมให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ผลในการลดอาการ ซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลด อาการซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียน เช่น การศึกษาใน ประเทศไนจีเรียเมื่อปี พ.ศ. 2560 ได้ทดสอบประสิทธิผล ของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ วัยรุ่นในโรงเรียนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 14-17 ปี พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดำเนินการในระยะ 5 สัปดาห์ สามารถช่วยลดอาการ ซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียนภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลัง เข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามผล 16 สัปดาห์<sup>19</sup> แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ มีข้อจำกัด คือ ไม่ได้สุ่ม ตัวอย่าง รวมทั้งใช้เครื่องมือที่เป็นแบบประเมินตัวเอง

เป็นหลัก อาจมีผลต่อการประเมินอาการโรคซึมเศร้า นอกจากนี้การศึกษาวิจัยจากประเทศมาเลเซียในปี 2019 ได้มีการพัฒนาและทดสอบความตรงของ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในนักเรียน ที่มีอาการของ โรคซึมเศร้า จำนวน 8 ขั้นตอน ทดลองทำ ในกลุ่มนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มนักเรียนที่ไม่ ได้รับโปรแกรมกลุ่มละ 10 ราย พบว่า หลังโปรแกรมและ การติดตามภายใน 1 เดือน อาการของโรคซึมเศร้าของ นักเรียนในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>20</sup> ส่วนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว ในประเทศไทยสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มี อาการของโรคซึมเศร้า พบว่า มีการศึกษาของนักศึกษา ระดับปริญญาเอก จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิจัยเพื่อ ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในเด็กวัยรุ่น ไทยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 35 ราย กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรม จำนวน 12 ครั้ง ได้ข้อสรุปว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมห ดังกล่าวมีค่าคะแนนอาการซึมเศร่าลดลงทั้งการประเมิน หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามหลัง โปรแกรมสิ้นสุด 4 สัปดาห์ แต่การศึกษานี้มีนักเรียนออก จากการศึกษาก่อนสิ้นสุดโปรแกรมร้อยละ 10<sup>21</sup>

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเชิงวิเคราะห์และประเมินค่า (critical review) ที่พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ได้รับการทดสอบจากการวิจัยเชิง ทดลองที่มีการสุ่ม ว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย CBT กลุ่มทำ 6-12 ครั้ง มีค่า effect size ในระดับกลางถึง มาก มีบางงานวิจัยสามารถเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ของวัยรุ่นและเพิ่มการรับรู้ที่ได้รับการสนับสนุนจาก เพื่อนในสังคมด้วย ซึ่งมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ด้วย ผลการทดลองยังชี้ชัดเจนว่า กลุ่ม CBT แม้ว่าจะ

คู่มือประเมินไม่ได้ลงรายละเอียดลึกลงไปในแต่ละบุคคล สามารถมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ได้อย่างชัดเจน และมีผลชัดเจนต่อสมาชิกในกลุ่มที่ได้รับการสะท้อนความคิดความรู้สึก เรียนรู้วิธีจัดการกับอารมณ์เศร้าแบบใหม่จากสมาชิกในกลุ่ม อีกทั้งได้ฝึกทักษะทางสังคม เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกเพื่อนในกลุ่มด้วย<sup>22</sup> เช่นเดียวกับ การศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณในปี ค.ศ. 2018 (meta-analysis) ในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดวัยรุ่นซึมเศร้า ในงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม ด้วยค่าเฉลี่ยมาตรฐานความแตกต่างของอาการซึมเศร้า ก่อน หลังการบำบัด (standardized mean differences :SMD) = -0.28, 95% CI [-0.36, -0.19] การติดตามต่อเนื่องหลังการบำบัด (follow up) ค่าเฉลี่ยมาตรฐานความแตกต่างของอาการซึมเศร้า (SMD = -0.21, 95% CI [-0.30, -0.11])<sup>23</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อประมาณค่าประสิทธิภาพของการบำบัดอาการซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาวัยรุ่นซึมเศร้า ค่า effect size = 0.53 อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการศึกษา เช่น การสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง แต่ไม่ใช่เป็นปัจจัยที่มีผลหลักเนื่องจากเนื้อหา กิจกรรมที่ทำในแต่ละครั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการคิดและการจัดการกับความคิด มากกว่าการสนับสนุนให้กำลังใจกัน หรืออาจมีปัจจัยด้านโรคร่วมที่มีในแต่ละคน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และคุณลักษณะส่วนบุคคล<sup>24</sup> ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดลงของอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางครอบครัว สถานทางเศรษฐกิจสังคมของเด็ก การอาศัยอยู่ร่วมกันกับพ่อแม่ในครอบครัว ผลการเรียน แหล่งสนับสนุนทางสังคมจาก

เพื่อน ช่วงเวลาที่ใกล้สอบ ขณะสอบ และปิดเทอม ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาเพียงกลุ่มเดียวเพื่อทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้น จึงยังไม่ได้มีกลุ่มเปรียบเทียบและการควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่น

## ข้อจำกัดของการ

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ขนาดตัวอย่างอาจมีจำกัด เป็นการทดลองในกลุ่มเดียว มีจำนวนนักเรียนทดลองก่อนการสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามไม่ได้เนื่องจากไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ จำนวน 2 ราย ซึ่งกลุ่มที่ยังอยู่ในโปรแกรมอาจมีลักษณะที่ให้ความสนใจในการดูแลตนเองและดำเนินชีวิตตามหลักของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งเด็กกลุ่มนี้ผู้ปกครองสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจมีผลต่อการลดลงของอาการของโรคซึมเศร้าได้

## ข้อเสนอแนะในการศึกษา

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นสามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ แต่เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ต้องทำต่อเนื่องเป็นกลุ่มปิด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปใช้ที่โรงเรียนโดยใช้ชั่วโมงโฮมรูม ดังนั้นหากจะนำไปใช้อาจปรับช่วงเวลาให้เหมาะสมตามบริบทของโรงเรียน และอาจสามารถนำมาใช้ในระบบการบริการที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งควรดำเนินการให้ครบตามขั้นตอน จึงจะได้ผลและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และอาจศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบควบคุมปัจจัย ตัวแปรที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

## สรุป

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ เมื่อทำการบำบัด

ครบตามขั้นตอนและระยะเวลา จุดเด่นของโปรแกรมนี้คือการจัดทำเนื้อหาให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นไทยและพัฒนามาจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นจริงของวัยรุ่นไทย ภายใต้แนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จึงสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบทของการให้บริการของแต่ละพื้นที่

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้อำนวยการโรงเรียนเบญจมะมหาราชที่เอื้ออำนวยให้ดำเนินการวิจัย นักวิจัยภาคสนามประกอบด้วย พญ.กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์นางวินัสริน ก้อนศิลา นางสุภาภรณ์ทองเบญจมาศ น.ส.พลับพลึง หาสุข นางอุ้งฟ้าวดี วงศ์อนันต์ น.ส.สุพรรณษา รัตนดิถก ณ ภูเกิด นางประนอม แก้วกุล น.ส.กฤษณีพิชิต เพียรทอง นางรุ่งมณี ยิ่งยี่น น.ส.สุดาวัฒน์ พุดพิมพ์ ครูผู้ประสานงานวิจัย นางรวีวรรณ ครอบงุมท นางธนาภรณ์ ศิริกุล ท้ายสุดกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics* 2016; 138: e20161878.
2. Boonyamalik P, Saosarn P, Chutha W. Prevalence of depression among senior high school and vocational certificate students: a national school and college survey in 2004. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2006; 52: 172-80.
3. Kaewpomsawan T, Tuntasood B. The Prevalence of Depression in 2nd Year High School Students in Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57: 395-402.
4. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Depression among Junior High School Students in Muang District, Chiang Mai Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2015; 60: 253-63.
5. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J, et al. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(11):1155-65.
6. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
7. Fletcher JM. Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effects. *Health Econ* 2010; 19: 855-71.
8. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolesc Health* 2007; 41(3): 256-62.
9. de Jonge-Heesen KWJ, van Etekeoven KM, Rasing SPA, Liempd FHJO-v, Vermulst AA, Engels RCME, et al. Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents with elevated depressive symptoms: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 402-.
10. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379(9820): 1056-67.
11. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Cathrine Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1272-80.

12. Gladstone TR, Beardslee WR, O'Connor EE. The prevention of adolescent depression. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 35-52.
13. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 51: 30-47.
14. Hetrick SE, Cox GR, Merry SN. Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 4758-95.
15. 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: 155-.
16. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. The Children's Depression Inventory as a screen for depression in Thai children. *J Med Assoc Thai* 1997; 80: 491-9.
17. Trangkasombat U, Boonsub W, Pornhavananda P. Utilization of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in screening depression in adolescents. *J Med Assoc Thai* 1997; 42: 2-13.
18. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63: 321-34.
19. Tolulope Bella-Awusah, Cornelius Ani, Ademola Ajuwon, Olayinka Omigbodun. Effectiveness of brief school-based, group cognitive behavioural therapy for depressed adolescents in south west Nigeria. *Child Adolesc Ment Health* 2016; 21: 44-50.
20. Saw JA, Tam CL, Bonn G. Development and validation of a school-based cognitive-behavioural therapy (CBT) intervention for Malaysian high school students with depressive symptoms. *Asia Pac J Counsell Psychother* 2019; 10: 171-87.
21. Vuthiarpa S, Sethabouppha H, Soivong P, Williams R. Effectiveness of a school-based cognitive behavioral therapy program for Thai adolescents with depressive symptoms. *Pac Rim Int J Nurs* 2012; 16: 206-21.
22. Nardi B, Massei M, Arimatea E, Moltedo-Perfetti A. Effectiveness of group CBT in treating adolescents with depression symptoms: a critical review. *Int J Adolesc Med Health* 2016; 29(3). pii: /j/ijamh.2017.29.issue-3/ijamh-2015-0080/ijamh-2015-0080.xml.
23. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *J Adolesc* 2018; 67: 129-39.
24. Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1403-13.