

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มี อาการของโรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION OF PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Received: May 13, 2021

Revised: Aug 4, 2021

Accepted: Aug 14, 2021

สถิตย์ วงศ์สุรประภิต^{1*} ฉันทนา แรงสิงห์² เจนนารา วงศ์पालิ³
Sathit Wongsuraprakit^{1*} Chuntana Reangsing² Jennara Wongpalee³

^{1*}Independent Scholar

²Faculty of Nursing, Mae Fah Luang University

³Faculty of Nursing, Maejo University

*Corresponding Author, E-mail: sathit.sathitw@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ของผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 - 31 มกราคม 2560 กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันเว้นวัน การวิเคราะห์ข้อมูล คือ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดหลังการทดลอง น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด, ผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า

Abstract

This research is a quasi-experimental research aimed to study the effect of the cognitive behavioral therapy program on depression of persons with depressive disorder. The sample consisted an experimental group of 20 and a control group of 20 depressive disorder persons form Mueang District, Chiangrai province from November 1st 2017 to January 31th 2018.

Materials and methods. This quasi-experimental research study was pre-test and a posttest design. The experimental group received the experimental program for a period of 8 times, every other day. Data were analyzed by using Paired t-test and comparing the mean values between the groups using Independent t-test.

Results: The results of the research showed the mean values of the depression in the experimental group received were significantly lower than those of the control group at the level of 0.05 and the mean differences in the depression scores between the pre-and post-interventions for both groups after received cognitive behavioral therapy with significance at the level of 0.05. Cognitive Behavior Therapy Program was concluded as effectively lower depression level.

Key Words: cognitive behavior therapy program, persons with depressive disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของทุกประเทศทั่วโลก (Department of Mental Health, 2020; Lotrakul & Sukanich, 2012) เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง กลับเป็นซ้ำได้บ่อย พบได้ทุกวัย โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ และยังพบโรคนี้นในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น (Kanter et al., 2008; Lotrakul & Sukanich, 2012) ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน และคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงกว่าโรคอื่น ๆ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2012) ได้ประเมินไว้ว่า โรคซึมเศร้าจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของประชาชน ในประเทศไทย โรคนี้นเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) มากเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และอันดับ 10 ในผู้ชายไทย เมื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียด้านสุขภาพ อันเนื่องจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภทที่เกิดกับคนไทยและหากมีอาการรุนแรงก็จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า อัตราการฆ่าตัวตายของทั้งประเทศไทยอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี 2561 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,137 คน เป็นชาย 80% และ 20% (Department of Mental Health, 2019) โดยมีปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 6.54% โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจึงเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญทางจิตเวชที่สะท้อนปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (Department of Mental Health, 2011, 2013) แต่โรคนี้นก็เป็นโรคที่สามารถป้องกัน และรักษาได้ (WHO, 2012)

ในปัจจุบันมีการบำบัดรักษาผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย และทางจิตสังคม แต่ขอบเขตงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจะเน้นการให้การบำบัดทางจิตสังคมมากกว่า เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ยังไม่ถือว่าเป็นผู้ป่วย และสาเหตุของภาวะนี้ส่วนหนึ่งก็มีสาเหตุจากปัจจัยด้านจิตสังคม ด้วย โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกผิดเชิงลบหรือการมองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้าย ทั้งการมองตนเอง คนอื่น และสิ่งแวดล้อม (Butler et al., 2006) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้มีอาการของโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และทำให้พฤติกรรมดีขึ้น เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ค้นหาความขัดแย้งภายในจิตใจโดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (Katherine & Patricia, 2012) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยา ทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามลดลง ซึ่งมีกระบวนการบำบัดคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในแง่ลบ (identify negative automatic thought) ที่ทำให้เกิดความคิดบิดเบือนไปจากความจริง 2) การวิเคราะห์ และ 3) การคิดหาแนวทางเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามลดลงได้ (Katherine & Patricia, 2012; Lotrakul & Sukanich, 2012) จากรายงานการประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน คือ แม่ฮ่องสอน เชียงราย เชียงใหม่ และลำพูน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคร้อยละ 8.81 และยังรายงานว่าประชากรในเขตภาคเหนือตอนบนเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงราย และเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 14.55, 11.4 และ 11.18 ต่อประชากรแสนคน และพ.ศ. 2561 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 17.26, 11.7 และ 10.18 ต่อประชากรแสนคน อยู่ในอันดับ 1-10 ของประเทศตลอดมา นอกจากนี้ความชุกของโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน พบผู้ป่วยโรคนี้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงและระดับปานกลางถึงร้อยละ 42.10 (Department of Mental Health, 2019)

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้น มีอัตราป่วยที่เข้าถึงบริการในปี พ.ศ. 2555-2556 เท่ากับ 12.45 และ 33.16 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับฉันทนา แรงสิงห์ ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 69.3 ซึ่งในจำนวนนี้พบภาวะซึมเศร้ารระดับรุนแรงถึงร้อยละ 29.5 (Reangsing, 2011) ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะโรคซึมเศร้า เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลด้านจิตเวชในชุมชน และช่วยให้กลุ่มผู้ที่มีอาการดังกล่าวลดภาวะซึมเศร้ามลง ช่วยลดโอกาสที่จะพัฒนาเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีอาการที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ยังไม่เคยได้รับการปรึกษาด้านสุขภาพจิต วินิจฉัยโรค หรือส่งต่อการดูแลมาก่อน จึงเป็นการวางแผนป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ถือเป็นส่งเสริมบทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนด้านการบำบัด รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน ในการตระหนักถึงความสำคัญและเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้โปรแกรมนี้เพื่อเป็นแนวทางบำบัดผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ และช่วยเหลือผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วก่อน และหลังการใช้โปรแกรม (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าจากแบบคัดกรอง Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) (Arunpongopaisal, 1996) ว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 480 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80, $u = 1$ ($u = \text{จำนวนกลุ่ม} (k) - 1$) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน (Cohen, 1988) ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 5 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการให้การบำบัด จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (control group) จำนวน 20 คน ซึ่งดำเนินชีวิตตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (training group) จำนวน 20 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (KKU-DI) คือ มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป (Arunpongopaisal, 1996)
3. ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตชนิดอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว
4. ไม่มีประวัติของโรคทางสมอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ
5. ไม่มีอาการทางจิตในลักษณะหุนเหว ประสาทหลอน หลงผิด
6. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และไม่มีปัญหาทางสายตาจนอ่าน เขียนไม่ได้
7. มีความสามารถในการเดินทาง หรือมีผู้นำส่งเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ครบทุกครั้ง
8. ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล หรือการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
9. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์คัดออก คือผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถในการเดินทาง หรือมีผู้นำส่งเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 1.2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) (Arunpongopaisal, 1996) ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตก่อนนำมาใช้ และหาค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และนำไปทดลองกับผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน

20 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีหาค่าของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (depressive symptoms) จำนวน 16 ข้อ อาการแสดงทางกาย (somatic symptoms) จำนวน 7 ข้อ การมีพฤติกรรมเชื่องช้ากว่าปกติ (retardation) จำนวน 3 ข้อ และการไม่ยอมรับประทานอาหาร (poor appetite) จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

การแปลค่า

เป็นเกือบทุกวัน	หมายถึง	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการเหล่านี้เกือบทุกวัน (เกิน 7 วัน)
เป็นบ่อย	หมายถึง	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการเหล่านี้บ่อย (4-7 วัน)
เป็นนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการเหล่านี้นาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน)
ไม่เป็นเลย	หมายถึง	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่มีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเลย

การให้ค่าคะแนน แต่ละข้อ จะมีคะแนน 0-3 คะแนน คือ

ถ้าเลือกตอบ “ไม่เป็นเลย”	ได้	0	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ “เป็นนาน ๆ ครั้ง”	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ “เป็นบ่อย”	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ “เป็นเกือบทุกวัน”	ได้	3	คะแนน

การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน ถ้าได้คะแนนมากกว่า 20 ขึ้นไปแสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคะแนน 20 หรือต่ำกว่า ถือว่าไม่เป็นโรคซึมเศร้า (Arunpongpaisal, 1996)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด คือ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งพัฒนาโดย กุลธิดา สุภาคุณ (Supakoon, 2006) โดยพัฒนามาจากวิธีการและเทคนิคการบำบัดทางปัญญา (cognitive technique) ของ เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavior technique) ของ แซดดอกและแซดดอก (Sadock & Sadock, 2003, 2009) และกระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดของ ออยและคณะ (Oei et al., 2006)

โปรแกรมการบำบัด ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันเว้นวัน ครั้งละ 1 - 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดทุกครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะมี 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการบำบัด และยุติสัมพันธภาพหรือยุติโปรแกรมการบำบัด

โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินพฤติกรรมความคิดของตน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 2 เทคนิคจะดำเนินควบคู่กันไปจนถึงกิจกรรมที่ 7 ถือเป็นหัวใจของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และฝึกการคิดด้านบวก ช่วยให้เข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ (alternative possible interpretation) ผู้

บำบัดจะช่วยให้เลิกลุ่มความคิดที่ไร้เหตุผลหรือไม่ตรงกับความจริง จะช่วยให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นให้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ จะช่วยให้มีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุผล และตรงกับความจริงมากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นการฝึกให้กลุ่มทดลองสกัดความคิดทางลบที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ จะฝึกให้สังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบ สรุปรูปโปรแกรมการบำบัด ยุติสัมพันธ์ภาพ และให้ผู้รับการบำบัดตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 7 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิด เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ผู้บำบัดจะช่วยให้หยุดความคิดโดยให้ค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนทักษะต่างๆ และประเมินผล ก่อนยุติโปรแกรมการบำบัด

โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยนี้ ที่อยู่ในเขต อ.เมือง จ.เชียงราย ในกลุ่มอายุ 15-60 ปี จำนวน 20 คน 8 ครั้ง เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไป และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ให้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองประเมินตนเองเป็นการรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังสิ้นสุดโปรแกรม นำผลที่ได้ทุกระยะไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดและขั้นตอนในการทำวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ พร้อมขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ พร้อมอธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย และเน้นให้เห็นว่าการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงทางอ้อม ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ และสามารถแจ้งออกจากวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ และถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัย จึงให้เซ็นในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมบำบัดก่อน และหลัง

การใช้โปรแกรมกับกลุ่มควบคุมวัดครั้งก่อน และวัดครั้งหลังโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ที่ใช้โปรแกรมบำบัดก่อน และหลังการใช้โปรแกรมกับกลุ่มควบคุมวัดครั้งก่อน และวัดครั้งหลัง โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบอิสระ (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ

ลักษณะกลุ่มประชากร	จำนวน (n= 40)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	30.00
หญิง	28	70.00
อายุ (ปี)		
15-29	3	7.50
30-44	11	27.50
45-59	21	52.50
60	5	12.50

จากตารางที่ 1 แสดงประชากรที่ศึกษามีจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 เพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี อายุเฉลี่ย 46 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.6) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 30-44 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้เป็นโรคซึมเศร้าจำแนกตามสถานภาพสมรส และการศึกษา

ผู้เป็นโรคซึมเศร้า	จำนวน (n= 40)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	5	12.50
สมรส	29	72.50
หม้าย	2	5.00
แยก/หย่าร้าง	4	10.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	29	72.50
มัธยมศึกษา	7	17.50
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	7.50
ปริญญาตรี	1	2.50

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส สมรส จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมาเป็นโสด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.35	20.78	สูง	38.00	.394	.68
กลุ่มควบคุม	44.95	19.70	สูง	37.59		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	18.50	17.54	ปกติ	38.00	-2.871	.006**
กลุ่มควบคุม	43.09	13.86	สูง	36.07		

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และมีคะแนนอยู่ในระดับสูง หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแล้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าเดิม ส่วน กลุ่มควบคุมระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ายังอยู่ในระดับสูง

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนเฉลี่ย ของภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดอย่างมี นัยสำคัญที่ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 3) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

การที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงเพราะโปรแกรมการ บำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนด ทิศทางที่จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง มีระยะเวลา มีขอบเขต และระเบียบข้อตกลงในการบำบัด ซึ่ง การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการบำบัดเชิงรุก และมี ทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลา มีขอบเขตในการบำบัด (time-limited) และมีรูปแบบ โครงสร้างชัดเจน (structured) ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างก็มีการกำหนดทิศทางเช่นเดียวกัน คือ มี ความคาดหวังที่จะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่มหรือโปรแกรมบำบัดในแต่ละครั้ง (Sadock & Sadock, 2003; Stuart & Laraia, 2011) ซึ่งการบำบัดในแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง ได้เกิดการเรียนรู้จากหลักของการเรียนรู้ในกลุ่ม เนื่องจากในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมนุษย์จะมีการ เรียนรู้สิ่งต่างๆมากมาย ซึ่งการดำเนินกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน มีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การ มอบหมายงาน การได้ฝึกทำแบบฝึกหัดทั้งในกลุ่มและทำการบ้าน เป็นสิ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นความสัมพันธ์ของกิจกรรมและความรู้สึกนึกคิด เป็นวิธีที่มีประโยชน์สำหรับผู้เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ที่มีความรู้สึกที่ไม่ดีกับตนเอง การแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมกับภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้วิจัย หรือผู้บำบัดสามารถให้การช่วยเหลืออย่างตรงประเด็น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากโปรแกรมนี้ เป็นกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีกิจกรรมที่มีความสำคัญแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมความคิด มีกิจกรรมหลักๆที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างหรือสมาชิกกลุ่มมีความพร้อมที่จะได้รับการบำบัด และนำทักษะต่างๆไปใช้ในการดำเนินชีวิต คือ การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันเองและกับผู้บำบัด ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อการเป็นมิตร นอกจากนี้ยังมีการบอกวัตถุประสงค์ของการบำบัด แนวทางปฏิบัติ ระยะเวลา และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัด ช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาความลับของกลุ่ม ทำให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึก นำไปสู่การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. การสอนให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดจะดึงประสบการณ์ของสมาชิกมาเชื่อมโยงกัน เนื้อหาความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ทำให้สมาชิกรู้จัก เข้าใจภาวะนี้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเน้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Butler et al., 2006)

3. การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ มีการอธิบายให้สมาชิกเข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม จะเริ่มมีการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 2 เทคนิคจะดำเนินควบคู่กันไปจนถึงกิจกรรมที่ 7 ถือเป็นหัวใจของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยแต่ละกิจกรรมจะมีความต่อเนื่องเป็นขั้นตอนที่เริ่มจากง่ายไปสู่ยาก โดยทุกกิจกรรมจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Thomas et al., 2011) และลดภาวะซึมเศร้าได้ (Hawkins, 2011; Jenny, 2011; Mohr, 2009) การฝึกให้สมาชิกได้ทำแบบฝึกหัดในกลุ่มเป็นการช่วยให้เกิดความเข้าใจในการบันทึกความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมได้ และยังกลับไปทำที่บ้านได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีการยกตัวอย่างความคิดทางลบแล้วให้สมาชิกบอกว่าเป็นความคิดแบบไหน จะสะท้อนถึงความคิดของสมาชิกแต่ละคนด้วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินได้ว่าลักษณะความคิดของสมาชิกเป็นเช่นไร ซึ่งการเข้าใจความคิดของสมาชิกเองเป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัด คือเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดไปทางบวก การให้เหตุผลที่เหมาะสม และการมองตนเองในด้านบวก (Jessica, 2012) เป็นการลดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้สมาชิกค้นหาและทดสอบความคิดทางลบ ทำให้สร้างแบบแผนของการคิดที่ยืดหยุ่น ช่วยให้สมาชิกได้ซักซ้อมความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ (Stuart & Laraia, 2011) เป็นการนำไปสู่กิจกรรมที่ 4-7 ต่อไป

กิจกรรมที่ 4, 5, 6 และ 7 เป็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องต่อกันจากกิจกรรมที่ 3 เนื่องจากความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่เกิดขึ้นเอง และคนส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอะไรอยู่ แต่จะแสดงออกมาทางความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ดังนั้นการฝึกทักษะการจับความคิดจึงมีความสำคัญในการบำบัด คือ หลังจากสมาชิกได้รู้จักวิธีการค้นหาความคิดทางลบของตนเองได้และบันทึกในสมุดบันทึกความคิด จะช่วยให้สมาชิกได้ตรวจสอบว่าอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้วยวิธีการในการบำบัด ได้แก่ การหาหลักฐานมาสนับสนุนความคิดทางลบของสมาชิก แล้วผู้วิจัยกระตุ้นให้ได้พิจารณาถึงหลักฐานนั้น แล้วค้นหาความคิดทางเลือก ซึ่งนั่นก็คือความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น ที่สมาชิกเริ่มจะปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่สมาชิกเลือก จึงนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยพบว่าการค้นพบวิธีแก้ไขปัญหามาจากสมาชิกนำไปสู่วิธีการปฏิบัติด้วย โดยมีสมาชิกคนอื่นช่วยชี้แนะด้วย

จากวิธีการที่ 3-7 ช่วยให้สมาชิกได้รู้จักกับวิธีการจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสม ได้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและแนวทางแก้ไขปัญหาจากความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ (Supakoon, 2006) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมบำบัดแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยมีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวก และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ส่วนกิจกรรมที่ 7 เป็นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ไม่มีเหตุผล ไม่เป็นความจริง ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน (Sadock & Sadock, 2003) เป็นความคิดซ้ำๆก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรืออารมณ์ไม่เป็นสุข ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีหยุดความคิดจึงช่วยให้สมาชิกเกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิด และสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบด้วยการหาหลักฐานสนับสนุนแล้วเกิดการพิจารณาถึงความคิดทางเลือกใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของโธมัสและคณะ (Thomas et al., 2011) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติ ภาวะซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดนี้ช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และชักนำให้เกิดการลดภาวะซึมเศร้า (Thomas et al., 2011) และภาวะซึมเศร้าได้ (Hawkins, 2011; Jenny, 2011; Mohr, 2009) สำหรับกิจกรรมที่ 8 เป็นการทบทวนทักษะต่างๆ การสรุปโปรแกรม และยุติโปรแกรมการบำบัด ดังนั้นจากงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าจะลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 ควรเพิ่มจำนวนครั้งของการทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3-7 ให้มากขึ้น
 - 1.2 ควรมีการพักช่วงในการทำกลุ่มด้วยการรับประทานอาหารว่าง จะช่วยให้สมาชิกผ่อนคลาย และมีโอกาสพูดคุยกันในเรื่องทั่วไป
2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการทำวิจัยต่อเนื่องจากครั้งนี้ เช่น การติดตามประเมินผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี อาจมีระยะติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
 - 2.2 มีการนำโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ทดลองกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ขอขอบคุณคุณกุลธิดา สุภาคุณ ที่อนุเคราะห์ให้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ขอขอบคุณอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนางแล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ช่วยประสานงาน และอนุเคราะห์สถานที่ในการทำวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้มีอาการของโรคซึมเศร้า ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ช่วยดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Arunpongopaisal, S. (1996). *Development of Khon Kaen university depression inventory (KKU-DI) As depressive measurement for northeastern thai population*. Khon Kaen University.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. Guilford.
- Butler, A., Chapman, E. J., Forman, M. E., & Beck, T. A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Mental Health. (2011). *Suicide rate per hundred thousand people*. <http://www.dmh.go.th/report/suicide>
- Department of Mental Health. (2013). *Suicide rate per hundred thousand people*. <http://www.dmh.go.th/report/suicide>
- Department of Mental Health. (2019). *Suicide rates are reported per hundreds of thousands of people*. <http://www.dmh.go.th/plan/suicide>
- Department of Mental Health. (2020). *World mental health day*. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30010>
- Hawkins, M. (2011). CBT-based self-help in treating anxiety. *Healthcare Counseling & Psychotherapy Journal, 11*(1), 1124-1127.
- Jenny, N. (2011). Treating adolescent depression with cognitive behavior therapy. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand, 17*(8), 22-24.
- Jessica, P. (2012). Cognitive behavior therapy: a case study. *Mental Health Practice, 15*(9), 26-31.
- Kanter, W. J., Busch, M. A., Weeks, E. C., & Landes, T. S. (2008). The nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behavior analysis. *Journal of Behavior Analysis, 31*(1), 1-21.
- Katherine, M. F., & Patricia, H. W. (2012). *Psychiatric mental health nursing* (5th ed.). Elsevier.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2012). *Psychiatry ramathibodi* (3rd ed.). Beyond Enterprise.
- Mohr, W. K. (2009). *Skills and practice*. (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Oei, T. P. S., Bullbeck, K., & Campbell, J. M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression. *Journal of Affective Disorder, 92*, 231-241. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.004>
- Reangsing, C. (2011). Factors predicting depression of secondary student, educational service area office, Chiang rai. *Journal Thailand Nursing and Midwifery Council, 26*(2), 42-56.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009). *Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2011). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). Elsevier Mosby.
- Supakoon, K. (2006). *The effect of cognitive behavior therapy program on depression of patients with major depressive disorder*. chulalongkorn university.
- Thomas, J. C., Ana, V. N., & Marcantonio, M. S. (2011). Cognitive behavioral therapy and its relevance to nursing. *British Journal of Nursing*, 20(22), 1443-1447.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Depression: a global public health concern*. https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
-