

**EFFECTIVENESS OF COPING SKILL TRAINING PROGRAM
ON DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENTS**

LALANA PRATUM

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY
2007**

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thesis
Entitled

**EFFECTIVENESS OF COPING SKILL TRAINING PROGRAM
ON DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENTS**

Lalana Pratum

Miss. Lalana Pratum
Candidate

Atirat Wattanapailin

Asst. Prof. Atirat Wattanapailin, Ed.D.
(Curriculum Research & Development)
Major-Advisor

Yajai Sitthimongkol

Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.(Nursing)
Co-Advisor

M.R. Jisnuson Svasti

Prof. M.R. Jisnuson Svasti, Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies

Pornsri Sriussadaporn

Assoc. Prof. Pornsri Sriussadaporn,
M.Ed.(Educational Research)
Chair
Master of Nursing Science
Faculty of Nursing

Thesis
Entitled

**EFFECTIVENESS OF COPING SKILL TRAINING PROGRAM
ON DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENTS**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
For the degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)
on 15 May, 2007

Lalana Pratum
.....
Miss. Lalana Pratum
Candidate

Fongcum Tilokskulchai
.....
Assoc. Prof. Fongcum Tilokskulchai,
Ph.D.(Nursing)
Chair

Atirat Wattanapailin
.....
Asst. Prof. Atirat Wattanapailin, Ed.D.
(Curriculum Research & Development)
Member

Prayuk Serisathien
.....
Dr. Prayuk Serisathien, M.D.,
Diplomate, Thai Board of Psychiatry
Member

Yajai Sitthimongkol
.....
Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.(Nursing)
Member

Jisnuson Svasti
.....
Prof. M.R. Jisnuson Svasti, Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

Kobkul Phanchaoenworakul
.....
Assoc. Prof. Kobkul Phanchaoenworakul,
Ph.D. (Nursing)
Dean
Faculty of Nursing
Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENTS

The completion of this thesis was made possible by a number of individuals. First and foremost, my sincerest gratitude goes to Assistant Professor Dr. Atirat Wattanapailin, my major- advisor, and Associate Professor Dr. Yajai Sitthimongkol, my co-adviser, who have provided me with invaluable assistance, encouragement, and guidance. My thankfulness is also extended to Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai and Dr. Prayuk Serisathien, my committee members, for their constructive comments and support. My heartfelt thank goes to instructor Sopinsiri Yuthavisuthi, who served on my proposal committee, for her advice and constructive comments.

My profound thanks go to Assistant Professor Sudsabuy Chulakadabba, Assistant Professor Wanna Kongsuriyanavin, and Ms. Jirapa Vekavanij who kindly shared their expertise in the validation process of the research instrument.

I am indebted to the Health Promotion Thesis Fund for the research grant.

I owe the counseling teacher of Sriyanusorn School, Chantaburi Province, for her assistance and cooperation in data collection. I am also thankful for the collaborative of the student subjects who willingly participated in the study.

I am grateful for continuous love, encouragement, and all kinds of support I have always received from my beloved big brother, siblings, friends, and colleagues.

Last but not least, my heartfelt gratitude goes to my father and mother who have always been there for me. Their unfathomable love, immense sacrifice, and invaluable guidance in life have led me to this day.

Lalana Pratum

**EFFECTIVENESS OF COPING SKILL TRAINING PROGRAM ON DEPRESSION
IN EARLY ADOLESCENTS.**

LALANA PRATUM 4637758 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORS: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.(CURRICULUM
RESEARCH & DEVELOPMENT), YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.(NURSING)**ABSTRACT**

This experimental research aimed to examine the effectiveness of the Coping Skill Training Program on depression in early adolescents. The study group consisted of 30 Mathayomsuksa 2 students from Sriyanusorn School in Chantaburi Province. They were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 15 students in each group. Before the experiment, all 30 subjects were assessed using the Children's Depression Inventory. The experimental group then received the Coping Skill Training Program twice a week for 11 sessions. Each session lasted 60-90 minutes. On the other hand, the control group received the usual care provided by the school. Both groups of subjects were assessed to determine their depression again at post-intervention, one month, and three month follow-up. The depression scores elicited from the subjects in the experimental group were analyzed to compare the differences of mean scores between pre and post - intervention using Repeated Measure ANOVA. In addition, MANCOVA was also employed to compare the differences of mean scores of depression between the experimental group and the control group.

The findings revealed that the mean score of depression of the subjects in the experimental group at post- intervention, one month follow- up and three month follow- up was lower than that at pre-intervention with a statistical significance level .001. Moreover, the mean score of depression of the subjects in the experimental group was lower than the control group at three points of time: post-intervention, one month follow-up and three month follow- up with a statistical significance level .01, .01 and .05, respectively.

Based on the study findings, it is recommended that healthcare personnel who are involved with mental health care of adolescents should use the Coping Skill Training Program to prevent or reduce depression among adolescents. Training should also be provided to equip the adolescents with skills to deal with negative thought as well as various stress management skills to enable them to effectively cope with stress and prevent them from depression.

**KEY WORDS: COPING SKILL TRAINING PROGRAM / DEPRESSION/
ADOLESCENTS**

74 pp.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น
(EFFECTIVENESS OF COPING SKILL TRAINING PROGRAM ON
DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENTS)

ลลนา ประทุม 4637758 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : อติรัตน์ วัฒนไพลิน, Ed.D. (Curriculum Research & Development), ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยสุ่มห้องเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี มา 1 ห้องเรียนและสุ่มนักเรียนในห้องมา 30 คน หลังจากนั้นสุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชม.- 1 ชม.30 นาที จำนวน 11 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติที่ทางโรงเรียนจัดให้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง ณ เวลาเดียวกัน คือ เมื่อกลุ่มทดลองสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ ระยะติดตามผล 3 เดือน ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มทดลองโดยใช้ Repeated Measure ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ MANCOVA

ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที, ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01, .01 และ .05 ตามลำดับ

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น สามารถนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้ในเชิงป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยส่งเสริมและฝึกฝนให้วัยรุ่นมีทักษะในการจัดการกับความวิตกกังวลและมีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ

74 หน้า.

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENTS	iii
ABSTRACT (ENGLISH)	iv
ABSTRACT (THAI)	v
LIST OF TABLES	viii
LIST OF FIGURES	ix
CHAPTER	
I INTRODUCTION	1
Background and significance of the problem.....	1
Research Question.....	4
Purposes of the study.....	4
Hypotheses.....	4
Conceptual framework.....	5
Scope of the study.....	6
Definition of Terms.....	6
Expected Outcomes.....	7
II LITERATURE REVIEW	8
Depression in adolescents	8
Definition and symptoms of depression	
in adolescents	9
Incidence of depression in adolescents	10
Causes of or factors related to depression	
in adolescents.....	11
Prevention or elimination of depression in adolescents.....	12
Methods and concepts related to prevention	
or elimination of depression in adolescents.....	12

CONTENTS (continued)

	Page
II LITERATURE REVIEW	
Development of a program or guideline to prevent depression in adolescents.....	13
III METHODOLOGY.....	19
Research Design.....	19
Population and sample.....	19
Instruments.....	21
Data Collection.....	24
Protection of Human Subjects.....	25
Data analysis.....	26
IV RESULTS.....	27
V DISCUSSION.....	34
VI CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHY.....	46
APPENDIX.....	50
BIOGRAPHY.....	74

LIST OF TABLES

Table		Page
1	Number, percentage, mean and standard deviations of the sample, classified by demographic characteristics	28
2	Mean and Standard Deviation of depression scores (CDI score) of the subjects in experimental and control group at one month and three month follow up	31
3	Difference of mean scores of depression of the subjects between experimental group and control group at four points of time: pre-intervention, post- intervention, one month follow- up and three month follow- up.	32
4	Comparison of mean scores of subjects in the experiment group and control group at four three points of time: post- intervention, one month follow- up and three month follow- up, using mean score of depression at the pre-intervention score as the co-variate.	33

LIST OF FIGURES

Figure		Page
1	The conceptual framework of this study	6

CHAPTER I

INTRODUCTION

Background and Significance of the Problem

Depression is widely known as significant mental health problem (Stienberg, 1999; Sompop Reungtrakool, 2000; Rushton, 2002) and a leading cause to suicide (Townsend, 1999; Shives, 2005). It is reported that 20-50% of Thai adolescents were depressed (Daungjai Kasartikool, 1999). Unfortunately, 36.9-67.6% of Thai adolescents were depressed and needed treatment (Umaporn Trangkasombat, 1996; Kittiwat Tiamkaew et al. 2000). Being depressed affects adolescents' functioning in daily living in several areas such as learning ability, social relationship, aggression, drug abuse, unsafe sex and suicide (Daungjai Kasartikool, 1999; Sompop Reungtrakool, 2000; Berk, 2002; Weller, 2004). Untreated depression in adolescents could lead to major depressive disorders when they enter adulthood (Pine et al., 1999; Aalto-Setälä et al. 2002; Reinherz et al. 2003). Interestingly, most adolescents do not recognize their own depressive symptoms, resulting to be unaware of seeking help (Long, 1997). According to Gjrd (1995), it is reported that 70-80 % of adolescents with depressive symptoms did not receive any intervention. Therefore, providing prevention interventions to adolescents who are at risk to depression is necessary.

It is difficult to recognize depressive symptoms in adolescents. This is in part due to adolescents who are depressed rather show mood swings, express boredom with life, ruminate in introspective ways, and indicate a sense of hopelessness (Townsend, 1999; Berk, 2002; Santrock, 2003). Moreover, adolescents presented depressive symptoms variously such as sadness, hopelessness, low self-esteem, loss of energy, loss of motivation, loss of interest in activities, disturbance in sleeping and eating patterns, moody, anger, suicide idea, and suicidal attempt (Carson, 2000; Shives, 2005). Depressive symptoms in adolescents are also associated with other mental disorders such as conduct disorder and eating disorder (Santrock, 2003). The symptoms are also masked by several behavioral problems such as low academic

achievement, untidy dressing, quarrel and fighting, aggression, drug abuse, and unsafe sex (Duangjai Kasarntikool, 1999; Sompop Reungtrakool, 2000; Berk, 2002; Weller, 2004). As a result, depressive symptoms in adolescents tend to be overlooked by their parents, the guardians, and the teachers who consider these behavioral problems as normal development in adolescence. Consequently, the punishment is utilized to modify these behaviors (Pissamai Tengpongsatorn, 1990; Berk, 2002). Adolescents who have severe depression and need more attention are ignored. As a result, they are committed suicide (Long, 1997; Duangjai Kasarntikool, 1999).

The cause of depressive symptoms in adolescents is unclear. However, it can be concluded that there are several factors related to and predict depression in adolescents. These factors are stressful life events, parental divorce, loss close relatives relationship, poor academic performance, negative thoughts, and lack of coping skills (Lewinsohn et al. 1994; Umaporn Trangkasombat & Dusit Likhanapichitkool, 1996; Poulin et al, 2005; Shives, 2005).

To prevent depression in adolescents, Cognitive Behavioral Therapy is recommended as an effective intervention. According to a systematic review (Merry et al. 2004) several randomized controlled trials were reviewed to evaluate the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on depression prevention in adolescents with 15-19 years old. It is concluded that Cognitive Behavioral Therapy is the effective intervention to prevent depression in adolescence because it encourages the adolescents to deal with negative thought, and enhances their skills to prevent depression. These essential skills include coping strategy, interpersonal skill, social skill, assertive skill, and stress management skill. Furthermore, this study suggests that Cognitive Behavioral Therapy conducted in a group intervention gives more effectiveness than an individually cognitive treatment. In conclusion, the group of Cognitive Behavioral Therapy is effective to prevent depression among adolescents.

During the last decade, Clark, Lewinsohn & Hops (1990) developed a stress management program aiming to prevent and decrease depressive symptoms in adolescents. This program was expected to assist the adolescents to effectively deal with their life stress and negative thinking, to enhance their communication skills, and to promote assertive skills and problem solving skills. It is suggested that this program can help adolescents to effectively decrease their depression. In this study, adolescents

reported low scores of depression at 3 months and 12 months after participating in the program, with the significant level .001. In addition, this program is economical and is widely administrated in schools, mental health agencies and hospitals. Also, it does not let the clients to be stigmatized.

In Thailand, the studies on depression prevention in adolescents quite vary. Studis that testing the effectiveness of Cognitive Behavior Therapy to prevent adolescent depression is limited. These studies aimed to teach adolescents to deal with negative thought and unreasonable belief which is considered a cause of depression (Penpan chittaworn, 2003; Unchalee Chatkeaw, 2003). However, these study interventions did not include effective coping skills that are considered necessary to deal with stressfull life events among adolescents and significant protective factors to prevent depression in adolescents for a long period of time.

At present, mental health promotion is emphasized especially in young people because they are considered the future resource of the nation. Therefore, early detection and prevention of the mental heath problem in adolescents is the significant mission of the mental health team. From the researcher's experience in mental health promotion, Guidance Section of Sriyanusorn School, Chantaburi has provided the system to assist the students with emotional problems. This section used the guideline collaboratively set by the Department of Mental Health and the Ministry of Education. In the guideline, it is suggested that the teachers take responsibility in five tasks: individually monitoring their students, identifying the students who are at risk in emotional problems, promoting the student's psychosocial development, minimizing and solving problems for the students at risk group, and referring to the experts (Ministry of Education, 2001)

However, it was found that many students in junior high school presented their behavioral problems related to depression, such as poor relationship with their family and friends, aggression, drug abuse, and unsafe sex. It is noticed that these problems were prevalent in the group of students in Mattayom 2. Moreover, these students were not appraised about depressive symptoms and thus did not receive any intervention. The researcher thus is interested in examining the effectiveness of the Coping Skill Training Program on depression in early adolescents. This program utilized Clarke and his fellow's program with some modifications. It is expected that this program will

help the students in Mattayom 2 to decrease their behavioral problems related to depression. Moreover, it will give a guideline for the Guidance Section to deal with the problems associated with depression among early adolescents in junior high school.

Research Question

Is the Coping Skill Training Program effective to reduce depression in early adolescents?

Purposes of the Study

To evaluate the effectiveness of Coping Skill Training Program in preventing depression in early adolescents.

Hypotheses

1. The mean depression scores of the subjects in the experimental group who receive the Coping Skill Training Program obtained immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up will be lower than those obtained before the experiment.

2. The mean depression scores of the subjects in the experimental group who receive the Coping Skill Training Program obtain immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up will be lower than those of the subjects in the control group who receive only usual care when controlling pre-intervention scores.

Conceptual Framework

The Multifactorial Model of Depression' by Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger (1985) was used as the conceptual framework for this study. This model is based on the cognitive theory (Beck et al, 1976), which suggested that depression is influenced by multi-factors, or combined factors including negative cognition, stressfull life events and predisposing vulnerability or risk factors; such as female, had a history of depressive symptom, depressive parents. Lack of immunity to depression; such as self- esteem, coping skill and pleasant activities is also included. According to

this belief, it is assumed that enhancement of effective coping mechanisms can protect individuals from depression.

This assumption convinced Clarke, Lewinsohn and Hops (1990) to develop the intervention to prevent and reduce depressive symptoms in adolescents. This program is called “Adolescent Coping with Depression Course”, and is based on the concept of Cognitive Behavioral Therapy for changing person’s beliefs and behaviors. This program was designed to enable people to deal with their negative and unreasonable thinking, and also to enhance the necessary skills associated with depression prevention such as stress management skill, communication skill, negotiation skill, and problem-solving skill. This program has been systematically developed for many years; as a result, its effectiveness is tested in several studies (Clarke et al. 1999; Clarke et al, 2002; Moran, 2004; Rohde et al, 2004).

The researcher used and modified some part of content and technique of the “Adolescent Coping with Depression Course” (Clarke, Lewinsohn and Hops, 1990) and the “Adolescent Coping with Stress Class” (Clarke and Lewinsohn, 1995) in order to be culturally relevant to Thai culture. For example, negotiation with conflicts with parent was modified to teach them with systematic problem-solving skills. Overall, this program is design to help adolescents to deal with their negative thoughts and to strengthen their stress management skills by using some techniques of Cognitive Behavior Therapy.

The conceptual framework of this research can be illustrated by the following diagram.

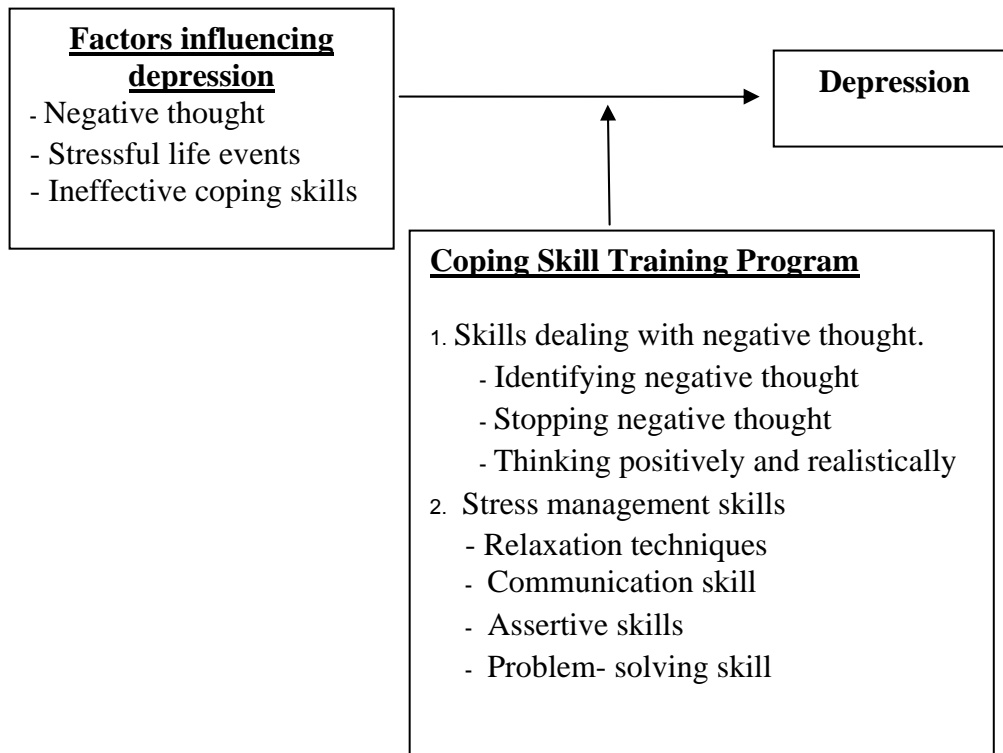


Figure 1: The conceptual framework of this study

Scope of the Study

This research is an experimental research, aiming to examine effectiveness of Coping Skill Training Program on depression in early adolescents who study in matthayom 2 at Sriyanusorn School, Chantaburi. The study was carried out from February 2006 until July 2006.

Definition of Terms

Depression in early adolescent refers to depressive symptoms presented by several symptoms such as sadness, depressive feeling, hopelessness, helplessness, combined with loss of interests, loss of energy and inattention. Furthermore, it can be measured by the Children's Depression Inventory (Kovacs, 1985) translated by Umaphorn Trangkasombat & Dusit Likhanapichitkool (1996).

The Coping Skill Training Program refers to the program which is developed from the "Adolescent Coping with Depression Course" by Clarke, Lewinsohn and Hops (1990) and the "Adolescent Coping with Stress Class" by Clarke

and Lewinsohn (1995). It uses psychoeducational approach and some techniques from Cognitive Behavior Therapy, such as thought challenging, self-monitoring, home work assignment, etc. This program comprised of 11 sessions, and each session lasted 60-90 minutes. It designed to help adolescents to deal with negative thoughts and to enhance coping skills related to prevent depression. The 11 sessions are as follows:

Session 1	Establish relationship.
Session 2	Stress and depression.
Session 3	Negative thought and depression.
Session 4	Thought stopping.
Session 5	Changing Negative thinking to positive thinking.
Session 6	Relaxation.
Session 7	Communication skill.
Session 8	Assertive skill.
Session 9	Problem-solving skill (1)
Session 10	Problem-solving skill (2)
Session 11	Evaluation

Expected Outcomes

1. This program can be used as a prevention intervention for depression in adolescents.
2. This research gives some useful guidelines for the teachers and mental health team to prevent depression in adolescents.

CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

The review of literature is presented in the following topics:

1. Depression in adolescents
 - 1.1 Definition and symptoms of depression in adolescents
 - 1.2 Incidence of depression in adolescents
 - 1.3 Causes of or factors related to depression in adolescents
2. Prevention of depression in adolescents
 - 2.1 Interventions to prevent depression in adolescents
 - 2.2 Development of a program or guideline to prevent depression in adolescents

1. Depression in adolescents

Adolescence is a period in life when individuals are between 10 and 24 years old (WHO, 1997). It is considered a transition period when children enter adulthood. Adolescence is characterized as the beginning of puberty, and it is the time when individuals are more capable of abstract thinking and ready to take new roles in society. Adolescence has been defined and divided into phases separately. However, it is generally divided into three phases as follows (Steinberg, 1999; Berk, 2002).

1. Early adolescence is the age between 11 and 14 years old.
2. Middle adolescence is the age between 15 and 18 years old.
3. Late adolescence or youth is the age between 18 and 21 years old.

Adolescence is the time when individuals have to undergo tremendous physical, mental, emotional, and social changes. Even though most adolescents are able to cope with such dramatic changes, a large number of them encounter problems and difficulties caused by such changes. If they are unable to appropriately cope with stress caused by these changes, they may develop mental health problems, especially depression (Rushton, 2002).

1.1 Definition and symptoms of depression in adolescents

Recognition of depression in adolescents is difficult because adolescents are generally characterized with mood swings, rumination in introspective ways, or expression of boredom with life. They may also experience the feeling of hopelessness. As a result, it is necessary to clearly distinguish between normal conditions of adolescents and depressive symptoms (Santrock, 2003). Depression in adolescents may not be clearly identified, and the depressive symptoms can vary greatly in each individual adolescent.

The term 'depression' can be used to explain symptoms, syndrome, and mental disorder or illness (Zisook & Shuchter, 1992 cited in Varcarolis, 1998). In this study, the researcher defined depression as a symptom based on the following definitions given by different researchers and scholars:

Gathercole (2004) and Berk (2005) define depression as a feeling of sadness, gloominess, suffering, desperation, and helplessness, which occur together with loss of satisfaction in usual or favorite activities, disruption in sleeping pattern, loss of appetite, lack of concentration, and loss of energy.

Shives (2005) points out that adolescents who suffer from depression will experience the symptoms as sadness, fluctuation between apathy and talkativeness, sarcasm or overreaction to criticism, guilt, low self-esteem, feeling of being unable to satisfy ideals, loss of confidence, feeling of helplessness or hopelessness, intense ambivalence between dependence and independence, rebellious behavior or refusal to work in class or cooperate in general, restlessness and agitation, feeling of emptiness in life, pessimism about the future and death wishes or suicidal thoughts, plans, or attempts.

Depression in adolescents may be masked by different behaviors such as drinking, substance abuse, or delinquent activities (Herbert, 2003). In addition, they may express other abnormal behaviors such as aggression, quarreling, substance abuse, promiscuity (Sompop Ruangtrakul, 2000; Weller, 2004; Wiener & Dulcan, 2004), runaway from home due to intolerance or lack of acceptance of family, isolation from friends and family, poor learning achievement, loss of interest in learning, and loss of interest in physical appearance (Duangjai Kasantikul, 1999; Berk, 2002). Moreover, depression can be found with other mental disorders such as conduct

disorder, eating disorder, etc. (Carson, 2000; Santrock, 2003). Sometimes, parents or teachers may not understand that these disorders result from depression, so they do not make a correct assessment, thus depriving adolescents from the chance to receive proper help. If this happens, depressive symptoms of adolescents can be severe or chronic.

1.2 Incidence of depression in adolescents

According to the record of WHO during the years 1997-1998, children aged 11 years old in the United States had the highest prevalence rate of depression when compared to children from 28 other countries. The findings also indicated that 38% of girls and 32% of boys experienced 'feeling low' at least once a week in the past six months. Furthermore, when considering similar depressive symptoms in adolescents aged 15 years, it was revealed that 49% of female adolescents and 34% of male adolescents had depression (Scheidt et al., 2000).

In Thailand, three studies examined the prevalence rate of depression in adolescents. Umaporn Trangkasombat (1996) found that 40.8% of 1,246 secondary students aged ten to 17 years had depressive symptoms and 13.3% had depression. Kittiwat Tiamkaew et al. (2000) reported that 67.6% of adolescents studying in a public high school from four regions in Thailand had depressive mood and needed medical attention. Moreover, Kalaya Kaewin (2002) reported that the prevalence rate of depression among early secondary students of schools under the Primary Education Office, Singburi Province, Thailand was 36.9%.

In western nations, Rushton (2002) studied depression in 27,000 adolescents in middle school and high school and found that more than 9% of these adolescents had moderate to severe depression. During the follow-up period, 3% of those who used to have mild depression had depression ranging from moderate to severe. According to Hollis (1996), depression is an important cause of suicides among adolescents, and it also had an effect on suicidal attempts in adulthood (Weissman, 1999).

Based on the aforementioned studies, it can be seen that depression in adolescents is a frequently found mental health problem. It is deemed important that adolescents with depression be treated or provided with assistance before the condition becomes dangerously severe. Understanding the causes or factors related to depression in adolescents will enable parents, health workers, and teachers to appropriately seek

ways to protect their children from depression. The causes of and factors related to depression are reviewed in the following section.

1.3 Causes of or factors related to depression in adolescents

The causes of depression in adolescents are not clearly identified. However, a number of research studies have been conducted to investigate the factors related to depression in adolescents by examining different factors associated with depression or predicting depression with statistical significance. Examples of such research are as follows:

According to Dumas & Nilsen (2003) and Wiener & Dulcan (2004), negative life events are associated with and have an effect on depression in adolescents. These events include death of loved ones, interpersonal loss event (Herman-Stahl & Petersen, 1999; Monroe, 1999; Franko et al., 2004), and traumatic events such as physical abuse (Berk, 2002) or sexual abuse (Hill et al., 2004).

Moreover, there is a relationship between family characteristics and family relationships and depression in adolescents. These include overprotective parenting style (Stein, 2000; Hill et al, 2004), family conflicts and lack of family attachment, low level of adaptation and family functioning (Lewinsohn et al., 1994; Tamplin & Goodyear, 2001; Jaffe, 2002; Juljaraporn Sripetch, 2003; Reinherz et al., 2003; Gutman & Sameroff, 2004; Well & Nancy, 2004), parental divorce (Umaporn Trankasombat & Dusit Likhanapichitkul, 1996; Kalaya Kaewin, 2002), and parents' mental problems (Umaporn Trankasombat and Dusit Likhanapichitkul, 1996; Sheeber, Hops, & Davis, 2001; Jaffe, 2002), all of which affect depression and suicidal attempts in adolescents (Holliss, 1996; Compton et al., 2005).

In school, several factors are found to be related to depression in adolescents. Peer relationship is also found to have an effect on depression in adolescents (Lewinsohn et al., 1994; Juljaraporn Sripetch, 2003; Gutman & Sameroff, 2004; Hill et al., 2004; Stevens & Prinstein, 2005). In addition, the level of depression in close friends is related to depression in adolescents as well (Stevens & Prinstein, 2005). There is a relationship between academic performance and depression in adolescents. In particular, low academic performance is related to depression with statistical significance (Kalaya Kaewin, 2002; Poulin et al., 2005). Also, perceived lack of academic attitude is also associated with suicidal idea in adolescents (Martin, 2005).

Internal factors such as coping skills, self-concepts are associated with depression in this group. Coping skill deficit and ineffective coping styles of adolescents (Lewinsohn et al., 1994; Shives, 2005) including avoidance (Mindy Stahl & Petersen, 1999) are found to be related to and have an influence on depression (Wiener & Dulcan, 2004). Self-concepts are associated with depression in adolescents. Low self-esteem, negative body image (Lewinsohn et al., 1994), low locus of control are found to be related to depression (Mindy Stahl & Petersen, 1999).

Thus, it could be concluded that the factors associated with depression are different stress situations in life, self-concept, and lack of coping skills. This is in compliance with the concept of 'multi-factorial model of depression' proposed by Lewinsohn, Hoberman, Teri, & Hautzinger (1985) which was developed based on the cognitive theory (Beck et al., 1976). According to this concept, depression is a result of a combination of different factors such as negative cognition, stressful events, predisposing vulnerabilities/risk factors (female gender, history of depression, parental depression, etc.), and lack of depression immunity (self-esteem, coping skills, pleasant activities, etc.).

2. Prevention of depression in adolescents

2.1 Interventions to prevent depression in adolescents

According to the systematic review of literature, studies have been conducted on prevention of depression in children and adolescents. As regards adolescents with depression but without major depressive disorder, Merry et al. (2004) conducted randomized control trials with adolescents aged between 15 and 19 years old and found that the best prevention of depression in adolescents is Cognitive Behavior Therapy which involves teaching adolescents enabling skills to help them deal with negative or irrational ideas or beliefs. Coping skills that need to be taught to adolescents are problem-solving skills, communication skills, social skills, assertive skills, and relaxation skills, etc. In developing these skills, it has been reported that group therapy is more effective and worthwhile than individual therapy (Merry et al., 2004).

Cognitive Behavior Therapy is based on the Cognitive theory. Renowned leaders of cognitive therapy are Ellis (1962) and Beck (1976), both of whom are

highly influential when it comes to Cognitive Behavior Therapy. Ellis (1962) proposes a technique called Rational Emotive Therapy (RET) which believes that inadaptable behaviors of individuals result from irrational thinking. In other words, behaviors do not result from what others do to us, but from what and how we think about ourselves. The therapy then refers to changing from being irrational to rational. Beck (1976)'s work is rather similar to that of Ellis. Beck believes that mental problems are caused by individuals' dysfunctional beliefs such as inappropriate thoughts, irrational thoughts, or irrational self-talk, etc., which reflect individuals' beliefs about self and the world they live in (Sompoach Iamsupasit, 2000).

Cognitive Behavior Therapy emphasizes the reduction in depressive symptoms by changing cognitive distortions (such as negative thinking), encouraging activities leading to positive emotions, and teaching problem-solving skills, to enable individuals to cope with stress and serious stressful life events. The techniques used in the therapy enable the individuals to learn new coping techniques and maintain effective coping to encounter the situations or environments that can stimulate depression (Donaldson & Lam, 2004; Hamrin et al., 2005).

2.2 Development of programs or guidelines to prevent depression in adolescents

At present, attempted have been made to develop programs or guidelines to prevent depression in adolescents based on the Cognitive Behavior Therapy conducted both in Thailand and abroad. The major components of the program are similar in terms of teaching several coping skills such as relaxation, problem solving to adolescents. Examples are as follows:

Clarke, Lewinsohn, & Hops (1990) developed and studied the effectiveness of cognitive-behavior therapy using a program called "Adolescent Coping with Depression Course." In 1990, they studied a group of adolescents with depression aged 14 to 18 years. The program consisted of teaching relaxation techniques, pleasant events, irrational-negative thoughts, social skills, communication skills, and problem-solving skills integrated from various concepts including cognitive theory, self-control theory, behavioral formulations, interpersonal interaction theory, and social skill approach. The number of sessions in the program was 16, and the in the last three sessions, parents of the adolescents were taught problem-solving and negotiation skills

and practiced these skills. Each session of the therapy lasted two hours. The findings showed that 70% of those who participated in the program had lower depression scores with statistical significance when assessed one month and 12 months after the end of the program. In addition, it was also found that the program was economically valuable as it did not cause stigmatization to the participants. It could be used in schools, mental health centers, or hospitals.

Clarke & Lewinsohn (1995) studied the effects of Cognitive Behavior Therapy by developing a program entitled “Adolescent Coping with Depression Course” in 1990. The name of the program was later changed to “The Adolescent Coping with Stress Class” in 1995. The program is based on the “Multifactorial Model of Depression” constructed by Lewinsohn, Hoberman, Teri, & Hautzinger (1985), which explains that depression is a result of a number of causes or factors such as negative cognition, stressful events, predisposing vulnerabilities/risk factors (female gender, history of depression, parental depression, etc.), and lack of depression immunity (self-pride, coping skills, satisfactory activities, etc.). The intervention is based on the belief that when individuals are taught coping mechanism and powerful stress coping techniques, they would have immunity to withstand stress caused by different factors. Clarke & Lewinsohn investigated the effects of the program on Grades 9 and 10 students with the risk of depression. There were 76 students in the experimental group and 74 students in the control group. The program included teaching the identification and understanding of negative cognition and irrational cognition which could lead to depression. There were 15 sessions, each lasted 45 minutes, three times a week. The findings indicated that the depression scores of the experimental subjects reduced with statistical significance 12 months after the end of the program. However, the depression scores of the obtained immediately and at six months after the program ended were lower with no statistical significance.

Jaycox et al. (1994) studied the effects of Cognitive Behavior Therapy using the program called “The Penn Prevention Program.” The subjects were adolescents aged 10 to 13 years old with the risks of depression including low academic achievement, lack of peer relationship, lack of self-worth, and behavioral problems. There were 69 subjects in the experimental group and 73 subjects in the control group. The program consisted of teaching about identification of negative cognition,

relationship between ideas and emotions, negotiation skills, stress coping strategies, emotional control, and problem solving skills, in 12 sessions, each lasting one and a half hours, once a week. The findings showed that the depression scores of the experimental subjects were lower and the academic achievement was higher with statistical significance. Six months later, it was also found that the depression scores were still lower with statistical significance.

Hayes & Morgan (2005) studied the effects of a psycho-educational program called “Helping Adolescents Cope” on depression in 76 adolescents aged 12 to 14 years. They were divided into three groups. The experimental group participated in the program, while the two control groups did not. The experimental subjects received training for 16 sessions, twice a week, about the relationship between thinking, emotion, and behavior, as well as practiced relaxation techniques, problem-solving skills, social skills, assertiveness skills, changing faulty beliefs, and promotion of self-confidence to cope with stress. The findings showed that the depression scores of the experimental subjects immediately after the program ended and six months after the end of the program were lower than those obtained before the experiment with statistical significance at the .001 and .01, respectively.

Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop (2006) conducted a study to determine the effectiveness of a program called “Penn Resiliency Program” in 271 adolescents aged 11 to 12 years old. There were 147 subjects in the experimental group who participated in the program and 124 subjects in the control group who received only usual care. The program consisted of 12 sessions, and each session lasted 90 minutes, to teach adolescents about the relationship between thinking and emotion, changing negative cognition, assertiveness skills, negotiation skills, social skills, problem-solving skills, and decision making skills. The findings showed that in the two-year follow-up, the mean score of depression of female adolescents was lower than that obtained before the experiment with statistical significance at the .05 level, while that of male adolescents was lower with no statistical significance. In addition, it was discovered that the program had only a moderate level of effect on decreasing depression.

Anchalee Chatkaew (2003) investigated the effects of Cognitive Therapy on eight female adolescents aged 15 to 17 years old with depression at a shelter home in

Chiangmai Province. The program consisted of 12 sessions, each lasting 75 minutes, in four steps of searching for automatic negative thoughts, examining automatic negative thoughts realistically, adjusting ideas of causes of problems and negative effects of problems, and searching for solutions to problems. The findings revealed that the depression scores of the experimental subjects were lower after the experiment with statistical significance at the .05 level. When assessing depression two weeks after the end of the program, it was found that the depression scores were lower than before the experiment with statistical significance at the .01 level. However, there was no statistically significant difference when comparing the scores obtained immediately and two weeks after the experiment.

Phenphun Chittawon (2003) studied the effects of Rational Emotive Behavior Therapy on depression among students in junior high school aged 11 to 16 years old. There were 18 subjects in both the experimental group and the control group. The therapy took place twice a week, each lasting one hour and 30 minutes, for eight sessions. According to the study findings, the depression scores of the subjects in the experimental group were lower after the end of the experiment with statistical significance at the .01 level, and that the depression scores of the experimental subjects were lower than those of the control subjects with statistical significance at the .05 level.

Based on the findings of the aforementioned research, it could be seen that providing assistance to prevent depression in adolescents has three goals: 1) equipping them with the skills to changing negative thinking which causes sadness, making them less obsessive and more positive; 2) teaching them effective stress management skill including relaxation techniques and systematic problem- solving to deal with physical reactions to stress and stressful situations in life such as interpersonal loss events, conflicts with family and friends, and low academic achievement, etc; 3) promoting communication skills, assertiveness, and initiation and nurturing of interpersonal relationships to reduce conflicts with family and friends.

A review of literature on number of sessions in Cognitive Behavioral Therapy shows that if the total number of sessions in the program is more than eight and the duration of each session is from 60 to 90 minutes, depression would be reduced with statistical significance (Llopis et al., 2003).

Thus, in this study, the researcher has developed the “Coping Skill Training Program” by integrated the “Adolescent Coping with Depression Course” of Clarke, Lewinsohn, & Hops (1990) and “The Adolescent Coping with Stress Course” of Clarke & Lewinsohn (1995). The program emphasized management of negative thoughts (identification of negative thinking, thought stopping, and changing negative thinking to positive thinking), relaxation techniques, communication skills, assertive skills, and problem-solving skills. The program was characterized as a psycho-educational group which met twice a week, 60 to 90 minutes each, for 11 session. The objectives of the programs were as follows:

1. Establishing the relationship between the group leader and members and among the members, 1 session
2. Promoting understanding about factors and variables related to depression including stressful life events, physical reactions, thinking and emotions under stress, important of stress management, and depression and its effects, 1 session
3. Developing skills to dealing with negative thought leading to sadness to enable adolescents to stop or reduce negative thought and become more positive, 3 sessions:
 - a. Realizing the relationship between negative thinking and depression, 1 session
 - b. Stopping negative thought, 1 session
 - c. Changing negative thought to positive thinking, 1 session
4. Promoting effective stress management skill including relaxation techniques and problem- solving skill to deal with physical reactions to stress and stressful life events such as interpersonal loss events, conflicts with family and friends, and low academic achievement, etc.
 - a. Relaxation techniques, 1 session
 - b. Problem- solving skill, 2 session
5. Developing communication skills, assertiveness, and initiating and nurturing of interpersonal relationships to reduce conflicts with family and friends and to seek social support to cope with stress

- a. Communication skills, 1 session
- b. Assertiveness, 1 session
6. Summarizing and evaluating the program, 1 session

The details of the program are discussed in the next chapter.

CHAPTER III

METHODOLOGY

Research Design

In this study, a two group randomized design was employed. The purpose is to examine the effectiveness of Coping Skill Training Program on depression in early adolescents. The detail of the research's methodology can be explained as follow.

Population and Sample

Population: The population of this study were students in Matthayom 2 of Sriyanusorn School, Chantaburi, in the academic year of 2005. They were 676 students with ages ranging from 11 to 14 years old.

Sample: The sample of the study consisted of 30 students. They were randomly assigned into an experimental group and the control group, with 15 students in each group. The number of students might be larger than the suggestion that the number of members participating in psycho-education group should be 6 to 12 in order to enhance group participation and to prevent sub-group (Llopis et al., 2003). However, several studies related to the coping skill training for preventing adolescent depression reported that the drop out rate was around 12.6-26.7 % (Clarke, Lewinsohn & Hops, 1990; Clarke at al., 1995; Clarke at al., 2001). To solve this problem, 15 students were selected for both groups.

The sampling technique was conducted as following.

1. From 12 classrooms of Mattayom 2 level, one classroom consisting of sixty students was selected by using simple random sampling technique.
2. Thirty students were selected, by simple random sampling from the group of 60 students of the selected classroom. Also, CDI was used to evaluate the level of depression of all thirty students as a pre- test score.
3. The selected students were selected into two groups by simple random sampling. As a result, 15 students were in the experimental group and the control group.

4. Among two groups of the selected student, one group was selected, by simple random sampling, to be the experimental group participated in the Coping Skill Training Program.

However, several criteria were considered as inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria were the students' willingness for participation, the permission of their parents, and the communication skill in Thai. The exclusion criteria were the history of mental illness, and severe depression score indicated by the Children Depression's Inventory (CDI) with more than 21 marks.

Setting

Sriyanusorn school was selected as a setting in this study. This school has collaborative relationship with Phrapokkklao Nursing College in terms of clinical practice for counseling the students who have emotional problems. Moreover, counseling teachers in the school are familiar with the researcher and willing to help facilitating and preparing the subjects to participate in the program.

Sriyanusorn school, Chantaburi Province, is a public high school under the jurisdiction of Department of General Education, Ministry of Education. The total number of the students in this school was 4,027; among these, 676 were students of 12 classroom in mattayom 2. There were 5 counseling teachers who assist students with the collaboration of department of Department of General Education, Ministry of Education and Department of Mental Health. Counseling teachers and students' advisors have responsibilities on the following: 1) Getting to know each student and assessing risk behaviors of students with The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); 2) Identifying students for risks or difficulties; 3) Promoting students' physical and emotional development; 4) Providing basic counseling and solving problems by developing learning activities, extra curricular activities, and peer group activities, as well as communication with parents; and 5) Referring students to counseling teachers or to other specialists if further assistances are required (Ministry of Education, 2001).

The school's counseling rooms were used to conduct the intervention.

Instruments

The research instruments are consisted of

1. Data collection instruments. Data were collected with the following instruments:

1.1 A demographic data record developed by the researcher used to gather information such as gender, age, GPA score from the past semester, participants' satisfaction of the GPA in the past semester, parents' marital status, dependency, family's monthly income, family atmosphere, and conflicts with parents and friends within last month.

1.2. Children's Depression Inventory (CDI), a set of questionnaire to assess cognitive, affective, and behavioral depression in children, originally developed by Maria Kovacs (1985) was translated into Thai version by Umaporn Trangkasombat & Dusit Likhanapichitkool (1996). It composes of 27 items and 5 scales including

1. Negative mood: item 1, 6, 8, 10, 11, and 13
2. Ineffectiveness: item 3, 15, 23, and 24
3. Negative self-esteem: item 2, 7, 9, 14, and 25
4. Anhedonia: item 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, and 22
5. Interpersonal problem: item 5, 12, 26, and 27

CDI is a self-rated with 3 rating scales to assess key symptoms of depression in the past 2 weeks. Three rating scales measure severity of depression from 0-2; 0 represents very mild or absent symptoms of depression, 1 represents frequent symptoms, and 2 represents constantly symptoms.

The maximum score of this self-reported test is 54; 15-20 scores indicate a significant level of depression, and 21 and over indicate severe depression (Umaporn Trangkasombat & Dusit Likhanapichitkool, 1996)

Umaporn Trangkasombat & Dusit Likhanapichitkool (1996) tested discriminant validity of CDI's Thai version on 139 patients aged 10 to 15 years at pediatric and psychiatric out patient department of Hospital. The findings showed a high score of the discriminant validity of the CDI's Thai version. The score of Receiver operation characteristic curve was more than 15 which indicated the sensitivity, specificity, and accuracy of the CDI's Thai version at 78.7%, 91.3%, and 87% respectively. Cronbach's alpha was .83.

2. Experimental instrument. The Coping Skill Training Program was an experimental instrument in this study, which developed by the researcher integrating “Adolescent Coping with Depression Course” (Clarke, Lewinsohn and Hops, 1990) and “The Adolescent Coping With Stress Class” (Clarke, Lewinsohn,1995). This program intended to assist the participants in managing negative thoughts such as identify negative thoughts, stop negative thoughts, alter negative thoughts into positive thoughts. This program also intended to practice stress management skills such as relaxation, communication, assertive, and problem solving. Psycho-education group was used as an intervention method. The participants met 60-90 minutes twice a week on Monday and Thursday. The total of meeting was 11 sessions. Each meeting began with greeting, reviewing home work, reviewing knowledge gained from the last meeting, initiating a new schedule of the current meeting. At the end of each session, the researcher and adolescents summarized the content of today’s session. Home works were assigned and next meeting was reminded.

The 11 session of Coping Skill Training Program are described as follow:

Session 1. Establish relationship: The purpose of this session is to inform the adolescents with the objectives of the session and introduce s into group members. These activities aids the adolescents to feel comfortable with their peer thus building trust and facilitating interactions and set group commitment.

Session 2. Stress and depression: This session focuses on understanding the factors that cause depression and the consequences of depression as well as the relationship between depression and stress. It also encourages adolescents to aware of their emotions in order to be able to notice stress. Realizing the importance of effective coping skill can reduce depression. Mood diary is a requirement for the group members because it leads them to aware of their emotional stages.

Session 3. Negative thought and depression: In this session, adolescents understand the relationship of negative thoughts and depression and identify negative thoughts.

Session 4. Though stopping: The adolescents gain understanding and skills of how to stop negative thoughts during engaging in this session. They also gain confidence of controlling their own negative thoughts.

Session 5. Changing Negative thinking to positive thinking: This session aims to enhance the skills of replacing negative thoughts with positive thoughts by practicing. Adolescents are encouraged to practice replacing negative thoughts with positive thoughts by naming types of rewards.

Session 6. Relaxation training: The training provides the techniques of relaxation to adolescents so that they are able to practice with the group and by themselves at home.

Session 7. Communication skills: This session points out the importance of communication to reduce depression because efficient communication can assist the students to enhance and maintain their relationships among peer, teachers, and family.

Session 8. Assertive skill: This training is to understand the concept of assertiveness and learn how to express feelings appropriately.

Session 9. Problem solving skill (Part 1): The purpose of this session is to develop adolescents' positive attitudes for problems solving and to know where to find sources of support for dealing with problems. Participants evaluate their attitudes toward problems, and abilities of solving problems, as well as identify the techniques used to solve problems. The researcher facilitates adolescents to see that if problems occur, they can be solved and sometimes they can solve by themselves with times. In other words, adolescents are ensured that they usually have ability of solving problems.

Session 10. Problem solving skill (Part 2): This part is to learn how to solve problems systematically and to practice solving problems. This session also trains them to gain self-confidence and motivation in solving problems.

Session 11. Evaluate and Closed group: The researcher summarizes the whole body of knowledge provided from this training. Program and activities evaluation, post-test, and CDI questionnaire are completed by the subjects. Thanks all subjects and close the program.

Psychometric properties of the Instruments

Content Validity

The content validity of the instrument (Coping Skill Training Program) was tested by a psychiatrist, a mental health and psychiatric nursing instructor, and a

psychologist in regards with language and content of the program such as time frame, teaching materials, evaluation methods. The researcher then revised and adjusted the instrument prior to implementation.

Reliability

Reliability of the CDI was tested by try out with 30 students who had similar characteristics with the subjects in this study. Cronbach's alpha coefficient of this instrument was .86.

Data Collection

There were 2 stages of collecting data.

1. Preparation stage

The researcher prepared herself by:

1.1 The researcher acquired therapeutic skills and knowledge of individual and group psycho therapy from course works in Advanced Mental Health and Psychiatric Nursing and Advanced Practice in Mental Health and Psychiatric Nursing. The researcher had extensive experiences in conducting psycho therapy groups of psychiatric patients as a leader and co-leader.

1.2 The researcher was trained in Cognitive Behavior Therapy from a three day training program offered by a university, in Thailand.

2. Data collection stage

2.1 Pre- intervention phase

2.1.1 After obtained permission from committee on Human Rights Related to Human Experimentation, Mahidol University, on 23 November 2005, permission to conduct the study at Sriyusorn school was then obtained.

2.1.2 A co- leader of the program was selected based on prior knowledge of adolescence psychology and experiences of leading in group activities. She was informed the objectives and process of the program. Her roles were also to observe and motivate the participants to participate with the group.

2.1.3 The researcher met with a counseling teacher to ask for collaborating in the project such as contact the students and their parents.

2.1.4 Using randomized sampling method, 30 students were selected and grouped into 2 groups, control and experimental groups.

2.1.5 Both groups were informed about objectives, process, and duration of the program, as well as risks and benefits from participating in this study. Informed consents were obtained.

2.1.6 Pre-test of CDI were administrated to both groups.

2.2. Intervention Phase

2.2.1 The students in the experimental group participated in the Coping Skill Training Program as time schedule. To illustrate, the training program has 11 sessions, and the program implementation was set twice a week, Monday and Thursday. Each session requires 60–90 minutes. Moreover, the participants were measured the depression level with the CDI at one month and three months after receiving the training program. Therefore, the period of this study was from February 2006 to July 2006.

2.2.2 The students in control group were treated as usual by the counseling teacher. Moreover, their depression level was measured as those in the experimental group. However, from August 2006 to October 2006, they were encouraged to join the Coping Skill Training Program after the experiment finished.

Human Right Protection

The human right of the participants was protected as following.

1. Before conducting this study, the researcher sent the research proposal to the ethic committee of Mahidol University. Not until the approval of the research proposal did this study start.

2. The researcher sent the letter with the information about human right protection, confidentiality and general information about this study to the students' parent. And the researcher encouraged the students to discuss about ethic issue before making the decision with a collaboration of their parent and allowed them to drop out from the research if they want.

3. The researcher asked the permission from all participants before tape recoding.

4. If the researcher found that the students reported their severe depression, the researcher will let the counseling teacher know for early intervention.

Data Analysis

The obtained data were analyzed with statistical methods to examine the hypotheses of the study. The SPSS program was used for data analysis, as detailed below.

1. The demographic data were analyzed by the number, percentage, mean and standard deviations

2. The difference of mean scores of depression in experiment group at pre-intervention, post-intervention, one month follow-up and three month follow-up were analyzed by Repeated Measure ANOVA.

3. The difference of mean scores of depression of the subjects in the experimental group and control group at four points of time: pre-intervention, post-intervention, one month follow-up and three month follow-up were analyzed by the Multivariate Analysis of Co-variance (MANCOVA).

CHAPTER IV

RESULTS

The purpose of this study was to examine the effectiveness of the Coping Skill Training Program on depression in early adolescents. The sample was students who had been studying in Mattayom 2 at Sriyanusorn School, Chantaburi province. Thirty students who met the inclusion criteria were recruited. They were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 15 students in each group. Subjects in the experimental group had participated in the Coping Skill Training Program twice a week for 11 sessions. Each session took about 60 to 90 minutes. The subjects in the control group received usual care provided by the school. Data were collected from February 2006 to July 2006. CDI was used to evaluate the effectiveness of the program. Data were collected at four points of time: pre-intervention, post-intervention, one month and three month follow-up. Throughout the study, there was no participant dropout of the study. The results of this study are divided into three parts and presented in tables as following:

Part 1: Demographic characteristics of the subjects.

Part 2: Difference of mean score of depression in the experimental group at pre and post-intervention.

Part 3: Difference of mean score of depression between experimental and control group at four points of time: pre-intervention, post-intervention, one month and three month follow-up.

Part 1: Demographic characteristics of the subjects.**Table 1.** Number, percentage, mean and standard deviations of the sample, classified by demographic characteristics (N = 30; 15 in each group)

Data	Experimental group		Control group	
	Number (n)	Percentage (%)	Number (n)	Percentage (%)
Gender				
Male	-	-	-	-
Female	15	100	15	100
Age (years)				
	Mean=13.53	SD=.52	Mean=13.73	SD=.52
13	7	46.7	4	26.7
14	8	53.3	11	73.3
GPA in the previous semester				
	Mean=2.96	SD=.40	Mean=2.96	SD=.54
	Max=3.63		Max=3.92	
	Min=2.13		Min=1.86	
Satisfaction in GPA				
Satisfaction	8	53.3	11	73.3
Dissatisfaction	7	46.7	4	26.7
Marital status of the parent				
Married	12	80	14	93.3
Divorced	2	13.3	-	-
Separated	1	6.7	1	6.7

Table 1. Number, percentage, mean and standard deviations of the subjects, classified by demographic characteristics (N = 30; 15 in each group) (cont.)

Data	Experimental group		Control group	
	Number (n)	Percentage (%)	Number (n)	Percentage (%)
Family income (Bath / month)	Mean=14,466.67 Max=40,000 Min=5,000	SD.= 9,553.35	Mean=9,866.67 Max=40,000 Min=5,000	SD.= 8,757.58
Guardian				
Father and mother	11	73.3	13	86.6
Father	2	13.3	-	-
Mother	1	6.7	1	6.7
Other	1	6.7	1	6.7
Family atmosphere				
Happiness	15	100	14	93.3
Unhappiness	-	-	1	6.7
Conflict with the parent during the previous month				
Conflict	12	80	9	60
No conflict	3	20	6	40

Table 1. Number, percentage, mean and standard deviations of the sample, classified by demographic characteristics (N = 30; 15 in each group) (cont.)

Data	Experimental group		Control group	
	Number (n)	Percentage (%)	Number (n)	Percentage (%)
Conflict with friends during the last month				
Conflict	6	40	10	66.7
No conflict	9	60	5	33.3

As shown in Table 1, all subjects were female. The majority of them was 14 years old and mean of age of subjects in both groups were not considerably different (experimental group = 13.53, control group = 13.73). Similarly, the mean GPA of subjects in both groups were quite similar (experimental group = 2.96, control group = 2.97). More than half of the subjects felt satisfied with their GPA in the previous semester (experimental group = 53.3%, control group = 73.3%). The majority of the parent of subjects in both group married. The mean of family income in the experimental group was higher than that of the control group (experimental group = 14,466.67 Baht/month, control group = 9,866.67 Baht/month).

The majority of the subjects lived with their parent and almost all reported pleasant family atmosphere; however, one subject in the control group reported facing the unpleasant atmosphere (6.7%). More than half of the subjects reported having conflict with their parents during the previous month (experimental group = 80%, control group = 60%). Most of the subjects in control group reported having conflicts with their friends during the previous month (66.7%), while 60% of the subjects in the experimental group did not have the conflict with their friends during the same period of time.

Table 2. Mean and Standard Deviation of depression scores (CDI score) of the subjects in experimental and control group at one month and three month follow up (N = 30; 15 in each group)

Test	CDI score of Experimental group		CDI score of Control group	
	Mean	SD.	Mean	SD.
Pre-intervention	12.73	4.88	12.74	4.57
Post-intervention	7.47	5.11	10.67	4.81
One month follow- up	6.87	5.13	11.13	5.66
Three month follow- up	7.07	4.33	9.60	5.65

From table 2, the mean scores of depression at pre and post-intervention of the subjects in experimental group and the control group were 12.73 and 12.74 with standard deviations 4.88 and 4.57, respectively. At the end of intervention, mean scores of depression in the experimental group and the control group were 7.47 and 10.67 with standard deviations 5.11 and 4.81, respectively. Mean scores of depression at one month follow-up in experimental group and control group were 6.87, and 11.13 with standard deviations 5.13 and 5.66, respectively. At three month follow-up, mean scores of depression in the experimental group and the control group were 7.07 and 9.60 with standard deviations 4.33 and 5.65, respectively.

Part 2: Difference of mean scores of depression in the experimental group between pre- and post-intervention.

To compare the difference of mean scores of depression in experiment group at pre-intervention, post-intervention, one month follow-up and three month follow-up, Repeated Measure ANOVA was used to analyze the data. In addition, basic assumption of Repeated Measure ANOVA was tested (as shown in appendix). The result of using this statistics was shown in table 3.

Table 3. Difference of mean scores of depression in the experimental group at four-pints of time: pre-intervention, post-intervention, one month follow-up and three month follow-up.

Test	Mean	SD.	Mean Difference	p-value
Pre-intervention	12.73	4.88		
Post-intervention	7.47	5.11	5.267***	.000
One month follow-up	6.87	5.13	5.867***	.000
Three month follow-up	7.07	4.33	5.667***	.000

*** $p < .001$

Table 3 shows that the mean score of depression of the subjects in the experimental group at post-intervention, one month follow-up and three month follow-up was lower than that at pre-intervention with a statistical significant level .001.

Part 3: Difference of mean scores of depression of the subjects between experimental group and control group at four points of time: pre-intervention, post-intervention, one month follow-up and three month follow-up.

To compare the difference of mean scores of depression of the subjects in the experimental group and control group at four points of time: pre-intervention, post-intervention, one month follow-up and three month follow-up, the Multivariate Analysis of Co-variance (MANCOVA) was used to analyze the data. Mean score of depression at the pre-intervention was treated as a co-variate. In addition, the basic assumption of MANCOVA was tested (as shown in appendix). The result of using this statistics was shown in table 4.

Table 4. Comparison of mean scores of subjects in the experiment group and control group at four three points of time: post-intervention, one month follow-up and three month follow-up, using mean score of depression at the pre-intervention score as the co-variate.

Test	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Post-intervention	87.886	1	87.886	9.653	.004**
One month follow-up	150.308	1	150.308	9.645	.004**
Three month follow-up	56.013	1	56.013	4.239	.049*

* $p < .05$

** $p < .01$

Table 4 shows that the mean score of depression of subjects in the experimental group was lower than the control group at three points of time: post-intervention, one month follow-up and three month follow-up with a statistical significant level .01, .01 and .05, respectively.

CHAPTER V

DISCUSSION

This study was an experimental research which aimed at evaluating the effectiveness of the Coping Skill Training Program on depression in early adolescents. The subjects were 30 students who were randomly selected from Mathayomsuksa 2 students of Sriyanusorn School, Chantaburi Province, in the academic year 2005. The subjects were assigned into the experimental group and the control group, each consisting of 15 subjects. The experimental subjects participated in the Coping Skill Training Program, while the control subjects received the usual care from the school. The depression levels of the subjects in both groups were assessed before the experiment, immediately at post- intervention, one month follow-up, and three month follow-up. In this chapter, the findings of the study are discussed based on the research hypotheses previously formulated as follows:

Hypothesis I: The mean depression scores of the subjects in the experimental group who received the Coping Skill Training Program obtained immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up were lower than those obtained before the experiment.

In this study, it was found that the experimental subjects who received the Coping Skill Training Program had lower depression scores immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up than before the experiment with statistical significance at the .001 level (Table 3). Thus, Hypothesis I was supported.

The findings of this study were consistent with the findings of Clarke, Lewinsohn, & Hops (1990), Jaycox et al. (1994), Clarke & Lewinsohn (1995), Hayes & Morgan (2005), Gillham, Hamilton, Freres, Patton, & Gallop (2006) which showed that coping skill training program could reduce or prevent long-term depression in adolescents. This could be explained in four points as follows:

First, one of the distinguishing features of the Coping Skill Training Program was that it gave adolescents the opportunity to deal with negative thinking. The participants learned how to identify automatic negative thoughts, how to stop such negative thoughts, and how to change those negative thoughts into positive thoughts. Initially, adolescents learned and gained understanding of the relationship between negative thinking and depression. They also learned to identify negative thoughts from their experience and exchange information from their friends in the group. After that, they practiced the skills at home and shared their experience with group members. In this study, most of the adolescents informed their group leader that at first it was difficult for them to manage their negative thoughts as it happened too fast for them to follow, so they had frequently had negative ideas due to the stressful events. However, after having a chance to regularly practice how to deal with negative thoughts, they realized that they became faster and were better able to handle their negative thoughts. Such development clearly appeared during the homework and exchange of experience with group members before the next sessions. After the adolescents were able to follow their negative thoughts, they had a chance to practice various thought stopping techniques which enabled them to stop negative thoughts and obsessive thoughts. In addition to this, after the adolescents had learned how to change negative thoughts to positive thoughts, they realized that not only they could reduce negative thoughts about different stressful situations but they also had a sense of self-esteem in their ability and development. As a consequence, they were much happy and had less stress. In addition, some of the subjects in the study mentioned that they were sometimes surprised by their own positive or constructive ideas. All of these findings reflected that when adolescents are enabled to deal with negative thoughts, they are able to use this newly developed skill to handle stress and reduce depression. Likewise, Furlong & Oei (2002) found that the ability to handle negative automatic thought can reduce depressive symptoms and improve cognition and physical conditions caused by depression.

Secondly, in addition to teaching adolescents how to deal with negative thought, the Coping Skill Training Program also taught adolescents various stress management techniques. Adolescents could utilize these techniques as appropriate in different stressful situations to achieve the highest effects. These techniques included

relaxation training, communication skills, assertiveness skills, and problem-solving skills, all of which had been found to help reduce depression because of the following reasons.

In general, even though relaxation training does not directly result in reduction in depression, it is an effective means to reduce anxiety and treat psycho-physiological and other stress-related disorders (Beck, 1995; Auerbach & Gramling, 1998; White & Freeman, 2000; Stevens & Craske, 2003), including depression. When adolescents encounter different stressful situations from within and outside themselves, they may easily develop emotional problems such as anxiety, stress, and depression, resulting in nervousness and loss of self-control (Auerbach & Gramling, 1998). The relaxation training in the program enabled adolescents to easily control and reduce the symptoms caused by stress in different stressful situations. The adolescents learned how to recognize their own stress symptoms, how to relax their muscles, and how to use imagination. They had a chance to practice both during the sessions and at home, and they reported that they liked this activity as it could relieve their tension and help them sleep better. Furthermore, some adolescents taught the relaxation technique to their parents. One shared her experience with the researcher that when doing the relaxation technique at home with her family, in addition to make her feel more at ease, it also helped strengthen the bonding in the family.

Having communication skills and assertiveness skills can also reduce depression as they enable adolescents to establish a relationship with others and express their ideas as they please in an appropriate and socially acceptable manner (Beck, 1995; O'Donohue, 2003). According to Galvin & Brommel (1991), communication problems cause difficulties in solving conflicts with others and prevent individuals from directly express their feelings or opinions. In this study, when the adolescents participated in the group activities, they had a chance to learn about how to behave themselves in society and how to control their emotional expressions. This is because they have a chance to learn from the experiences of others in the group (Kompetch Chatsupakul, 2003). This creates the sense of self-worth and reduces depression which results from relationship problems or lack of acceptance from others. In the present study, it was found that in initial sessions, adolescents had difficulty expression their true feelings to others, especially in the situations that caused negative

emotions. They did not want to share their feelings with friends or older persons due to fear of rejection. However, after they had a chance to practice both during the sessions and at home as homework, they became more confident to express their thoughts. This helped them have their needs met and enabled them to be understood without any negative effects on their relationships with others.

The last skill included in the program to help reduce depression was problem-solving skill. In this program, adolescents were enabled to confidently solve problems in life. Generally, adolescence is the time when individuals face with considerable stressful events including developmental problems, conflicts with parents and friends, learning achievement, child abuse, or loss (Beck, 2002). Teaching adolescents to understand the roots of the problems and develop a positive attitude towards problem solving enables them to develop confidence to deal with the problems systematically. It also teaches them how to search for social support to better deal with the problems. Most of the individuals who suffer from depression tend to develop desperation and helplessness (White & Freeman, 2000) when they are unable to cope with stress or problems. They also tend to look at the problems negatively. For this reason, when adolescents are taught how to look at problems from a new angle, they develop mental strength to deal with the problems and are able to solve the problems systematically. When they realize the alternatives to solve the problems they are facing, the depression caused by sense of helplessness would be reduced (Beck, 1995; White & Freeman, 2000; O'Donohue, 2003). The findings of the present study were in congruence with the findings of Spence, Sheffield, & Donovan (2003) who investigated the effects of a problem-solving skill training program on depression in adolescents and found that the level of depression of those who participated in the program was lower with statistical significance when compared to those who did not participate in the program.

Thirdly, the Coping Skill Training Program used in this study employed group activities under the pretext of good relationships of group members. Group activities enabled adolescents to share their experiences and learn different stress management techniques from different experiences of group members. There were also feedback and positive reinforcement when group members had appropriate behaviors. According to Frisch (2002), such group processes occur on the basis of a good

relationship of the members of the group. This results in the feeling of mutual trust which is a key in all kinds of group therapies, as it makes members able to be open about their personal accounts with the sense of security. In this study, during the first session of the program, adolescents were encouraged to help one another set the group goal and reached an agreement of the group. This is considered one of the major principles of the Cognitive-Behavior Therapy (Beck, 1995). Such activity is generally carried out to create a sense of belonging and acceptance, which serves a developmental need of adolescents (Rice & Dolgin, 2005). In the present study, such activity made adolescents developed self-worth when they realized that they were accepted by others, and this made them happy to participate in all the sessions of the program. The support for such findings could be found in a study of Morgan & Hayes (2005) which reported that one of the most important factors for the success of a coping skill training program to reduce depression in adolescents is cooperation and sense of belonging. The adolescents who participated in the present research cooperated with all the activities included in the program. They attended all sessions, and in the last session, most of the participants indicated that the program made them happier. It also made them feel that they were accepted by the group leader and other members in the group, who became closer to them. They also stated that they wanted other students who did not participate in the program to receive the same chance. It is also worth noting here that there was no drop-out in this study, and this enabled adolescents to fully accumulate experiences in developing various skills to cope with stress.

Lastly, the Coping Skill Training Program encouraged the adolescents to practice and apply various techniques taught at home. Homework adherence is considered one of the important factors for the success of the Cognitive-Behavior Therapy and is also regarded as a commitment between the therapist and the clients of the therapy. Homework helps indicate whether learning has taken place and whether the clients can effectively practice what they have learned (Beck, 1995; Padesky, 1995). In this study, participation in the program required the adolescents to do the homework on a daily basis, and they had to record what they did in a mood diary which detailed rating of their daily emotions, identification of stressors, feelings and thinking about the situations, and changing the negative thought, as well as the reward

they gave themselves when they were able to change their negative thought to positive thought. The researcher acted as a group leader who reviewed the homework of each adolescent before the next sessions began, asking questions and discussing experiences of adolescents about automatic thoughts, emotions, behaviors, and 'thought stopping' techniques used. The aim of this activity was to emphasize the significance of homework and generated the atmosphere of mutual learning. The group leader praised the adolescents who completed the homework. Initially, some of the adolescents in the group did not do their homework, but the researcher did not use criticism with them, only asking for reasons. If they did not understand it, the researcher would give explanation one more time and reviewed what they understood. The researcher also told them that it was expected that in the next session, their friends would have a chance to learn from their valuable experiences. It was found that in later sessions, all adolescents completed the homework assignments. This confirmed that adolescents need motivation and persuasion from their peer group, and they need to belong and be accepted by the group, so they do what others in the group do to blend in (Frisch & Fisch, 2002). Besides, when they received praises, they developed a sense of self-worth and realized emotional development resulting from completion of each homework assignment, all of which helped reduce depression. These findings agreed with the findings of Thase & Callen (2006) that homework adherence significantly helps improve depressive symptoms of adolescents.

In summary, the participation in the Coping Skill Training Program could reduce the depression of the adolescents. This resulted from different factors determined in the study including teaching adolescents how to deal with negative thoughts and change negative thought to realistic positive thought and how to use different stress management skill to deal with stress in life. These skill practices gave adolescents options and solutions to solve problems in life. Moreover, group activities conducted enabled adolescents to share their ideas, feelings, beliefs, and experiences, and they also had a chance to practice what they had learned from different sessions at home. Besides, the activities which enabled adolescents to look at themselves positively and to apply different coping skill encouraged the development of positive ideas about self, others, and the environment, which could be considered the

development of the inner system of the adolescents, eventually enabling them to effectively cope with stress and reduce depression.

Hypothesis II: The mean depression scores of the subjects in the experimental group who received the Coping Skill Training Program obtained immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up were lower than those of the subjects in the control group who received only usual care when controlling pre-intervention scores.

According to the study findings, when controlling the mean depression scores obtained before the experiment (pre-intervention scores), the mean depression scores of the subjects in the experimental group who received the Coping Skill Training Program obtained immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up were lower than those of the control subjects who received only usual care with statistical significance at the .01, .01, and .05 levels, respectively (Table 4). Therefore, Hypothesis II was supported.

The mean depression scores of the subjects in the experimental group who received the Coping Skill Training Program were lower than those of the control subjects who received only usual care and the mean scores of the experimental subjects showed long-term retention because the processes in the Coping Skill Training Program enabled the adolescents to understand the factors and variables related to depression. They realized the significance of prevention of depression by promoting effectively coping skill, changing negative thoughts to positive thoughts, applying relaxation techniques, and developing communication skills to express their feelings or needs to others appropriately. In addition, they learned how to effectively solve problems when they faced stressful situations in life. These factors enabled them to develop various skills and techniques to cope with stress. Thus, they had immunity to stress and were able to handle situations in life without having to develop stress that eventually resulted in mental health problems. This, coupled with positive ideas about self, situations, and future, could reduce their depression.

In addition, the Coping Skill Training Program was conducted in the form of a psycho-educational group whose appropriate size supported the promotion of therapeutic factors such as cohesiveness, sense of ownership and sense of belonging, sacrifice, mutual assistance, and understanding that problems were universal. These

factors are found to help increase individuals' cognitive functioning (Buffum & Madrid, 1995). Besides, group activities create collaborative relationship, enabling group members to search for their negative thoughts more quickly and to give one another feedback(White & Freeman, 2000), thus reducing depression which results from cognitive distortion. In this study, the usual care provided by the school consisted of a meeting between the classroom teacher and the whole class of about 60 students in the homeroom hour to inform them of important issues of the school and ask general questions. If the students did not show signs of behavior problems or clear indication of depression, they would receive similar treatment like other students in class. As a result, students with depression missed the chance to receive the intervention they needed. Furthermore, the counseling teacher had all students complete the screening test. If the results showed that students had risks, she would ask to meet them and give them initial individual counseling. Referral would be done if it was found that their problems were too complex or difficult to solve and that specialist's attention was necessary. Based on the researcher's discussion with the counseling teacher, it was found that some students stopped coming to see the counseling teacher after only one individual session and refused to come no matter how hard the counseling teacher tried to contact them. One counseling session was not enough to reduce depression of students. During one meeting, sometimes the teacher had only the chance to establish relationships with them. Some of the students with signs of depression stated that they did not trust the teacher and were not sure that the information they shared with the teacher would be kept confidential. They may have also felt that if they were seen talking seriously with the counseling teacher, their friends might think that they had a mental problem and were different from others. Some of the students also expressed their feelings that after the first session, they did not see any improvement and decided that they no longer needed the counseling provided by the school. If they were unable to solve their problems, but they lacked necessary skills and did not have anyone to turn to for help, they may suffer from chronic stress until depression set in. Consequently, the depression scores of the adolescents who received the Coping Skill Training Program obtained immediately at post-intervention, one month follow-up, and three month follow-up were lower than

those of the subjects in the control group who received only usual care with statistical significance.

In addition, at one month and three month follow-up, the mean depression scores of the subjects in the experimental group were still lower than those of obtained before the experiment. It could be explained that the experiment subjects were still able to use the skills developed in the program in their real life situations. For example, some subjects stated that when they faced a stressor, they would firstly deal with their own thoughts. When they were able to change negative thoughts to positive thoughts, they would feel less stressed. Moreover, they reported that when they had difficulties making decisions about different problems, they could use the problem-solving skills they had learned to relieve their problems and make them feel better. Besides, other skills including communication skills, assertiveness skills, and relaxation techniques were also helpful in some situations such as when they had conflicts with their parents or friends. Based on these reasons, it could be concluded that the experimental subjects could maintain low depression scores three months after the end of the experiment because they were able to apply what they had learned from the coping skill training program to cope with stress in their real life.

CHAPTER VI

CONCLUSION

Summary of the Study

This study was an experimental research aiming to examine the effectiveness of the Coping Skill Training Program on depression in early adolescents. The sample of the study consisted of 30 Mathayomsuksa 2 students aged between 11 and 14 years old from Sriyanusorn School, Chantaburi Province. They were randomly selected from one randomly selected classroom and then were assigned into the experimental group and the control group, with 15 students in each group. Before the experiment, the depression level of all 30 subjects was assessed using the Children's Depression Inventory. After that, the experimental group received the Coping Skill Training Program twice a week, each lasting 60 to 90 minutes, for 11 sessions. The experiment took place from February 2006 to July 2006. During the experiment, the adolescents were given knowledge about the factors and variables related to depression, as well as identification of negative thinking and changing negative thinking to positive thinking. Furthermore, students were also provided with the opportunity to practice relaxation techniques, communication skills, assertiveness skills, and problem-solving skills. On the other hand, the control group received the usual care provided by the school using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). When they were found to have risky or problematic behaviors, the counseling teacher would give them individual counseling and transfer them to specialists immediately if the problems were complicated and difficult to solve. Both groups of subjects were assessed to determine their depression scores again at post-intervention, one month and three month follow-up. The depression scores elicited from the subjects in experimental group were analyzed to compare the differences of mean scores between pre- intervention and post- intervention using Repeated Measure ANOVA. In addition, MANCOVA was also employed to compare the differences of mean scores of depression between the experimental group and the control group.

The findings of the study are summarized as follows:

1. The mean score of depression of the subjects in the experimental group at post- intervention, one month follow- up, and three month follow- up was lower than that at pre- intervention with a statistical significance level .001.

2. The mean score of depression of the subjects in the experimental group was lower than that of the control group at three points of time: post-intervention, one month follow-up and three month follow-up with a statistical significance level .01, .01 and .05, respectively.

Implications and Recommendations

Implication for Nursing Practice

1. Personnel related to mental health of adolescents such as classrooms, counseling teachers, and community mental health nurses can use the Coping Skill Training Program to prevent or reduce depression in adolescents. In addition, the persons who are going to implement the program should develop clear understanding of the program as well as the principles of Cognitive Behavior Therapy.

2. When organizing activities to promote coping skill for adolescents, the group leaders should use motivational techniques to ensure that adolescents attend all sessions in the program for utmost benefits. For example, they should be given the opportunity to help one another set goals and group agreements for mutual practice, they should be given compliments when they comply with group agreements or show appropriate or improved behaviors, and criticisms should be avoided. In addition, group leaders should try to establish and maintain a good relationship with the adolescents all through the program.

3. To enable adolescents' effective skill coping, they need regular practice. Doing homework is also able to help adolescents learn to manage negative thinking and cope with stress. Thus, group leaders need to develop techniques to emphasize the significance of what they have learned and stimulate them to continue their practice. These techniques include using positive reinforcement, giving rewards to those who complete the homework, and being a role model. Group leaders may also exchange their experiences from doing the homework with other members in the session.

Recommendations for future research

1. In the present study, depression score was measured at three points of time: immediately at post-intervention, one month, and three month follow-up. It is considered testing its effectiveness in a short period of time. Thus, in further study the program should be assessed its effectiveness in the long-term such as six months, one year, or two years follow-up.

2. In this study, only female adolescents were recruited. Further study should be conducted to compare the effects of the Coping Skill Training Program on male and female adolescents.

3. Future study should be carried out to determine the effects of other groups of adolescents with risk factors such as underprivileged children, adolescents from a broken family, and children with low learning achievements, etc.

Limitations of the Study

1. In the present study, the sample consisted of only female adolescents and only those who were in the school system.

2. Adolescents who were recruited as the subjects of the study had to participate in other activities arranged by the school, so sometimes the program had to be adjusted to make it more concise and to ensure that the objectives were reached. Sometimes, the sessions had to be rescheduled so that the largest number of subjects could attend.

3. The GPAs of most subjects in this study were moderately high. This might be a factor that has an influence on the subject's learning ability in the program particularly in learning new coping skills, resulting into reducing CDI score.

BIBLIOGRAPHY

- Berk, L. E. (2002). *Infants, children, and adolescents*. (4th ed). U.S.A. : Allyn & Bacon.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., & Kaufman, J. (1996). Children and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12),1575-1583.
- Carson, V. B. (2000). *Mental health nursing: the nurse- patient journey*. (2nd ed). Philadelphia: W. B. Saunder.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. , &Hops, H. (1990). Cognitive- behavioral group treatment of depression in adolescents. *Behavior Therapy*, 21,385-401.
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M.& Seeley, J.R. (1995). Target prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents : a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3),312-321.
- Compton, M. T.,Thompson N. J.& Kaslow N. J.(2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low- income African Americans: the protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40(3),175-185.
- Franko, D.L., Moore, R. H. , Brown, K. M., Barton, B.A., McMahon, R. P., Schreiber, G. B., Crawford, P. B., et al. (2004). Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine*, 34,1319-1330.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early dlescents in the primary care setting: a randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2),203-219.

- Hamrin, V. & Pachler, M. C. (2005). Child & adolescent depression : review of the latest evidence. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(1),54-63.
- Hauenstein, E. J. (2003). Depression in adolescence. *JOGNN*, 32(2), 239-248.
- Hayes, C. & Morgan, M. (2005). Evaluation of a psychoeducational program to help adolescents cope. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 111-121.
- Hill, J., Pickles, A., Rollinson, L., Davies, R. & Byatt, M. (2004). Juvenile- versus adult- onset depression : multiple differences imply different pathways. *Psychological Medicine*, 34,1483-1493.
- Holliss, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2),199-214.
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J.& Seligman, E.P.(1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research Therapy*, 32(8),801-816.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry : a comprehensive textbook*. (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lewinsohn, P.M. & Clarke, G.N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 329-342.
- Llopis, E.J., Hosman, C., Jenkins, R.& Anderson, P. (2003). Predictor of efficacy in depression prevention programmes : Meta- analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 183,384-397.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J.,& Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the preventions of depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Millin, R., Walker, S., & Chow,J. (2003). Major Depressive Disorder in adolescence: a brief review of the treatment literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48,600-606.
- Monroe, S. M. (1999). Life event and depression in adolescence : relationship loss as a prospective risk factor for first onset of Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4),606-614.
- Pine, D.S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression : moodiness or mood disorder?

American Journal of Psychiatry, 156,133-135

- Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B. & Santor, D. (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, 100(4),525-535.
- Reinherz, H. Z., Parsdis, A. D., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K. & Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of Major Depression in the transition to adulthood. *American journal of Psychiatry*, 160(12),2141-2147.
- Rushton, J. L., Michelle, F. & Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2),199-214.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescence*. (9th ed). New York: McGraw-Hill.
- Stienberg, L. (1999). *Adolescence*. (5th ed). New York: McGraw-Hill.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric- mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stevens, E. A.& Prinstein, M. J.(2005). Peer contagion of depressogenic attributional styles among adolescents : a longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1),25-37.
- Tatar, M. (1995). Parental views of popularity and stress among adolescents. *Journal of Adolescence*, 18,679-686.
- Townsend, M. C. (1999). *Essential of psychiatric/mental health nursing*. Philadelphia: F. A. David.
- Varcarolis, E. M. (1998). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed). Philadelphia: W. B. Saunder.
- กัลญา แก้วอินทร์. (2545). (Kaewin, K., 2002). ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปิษญา แสงเอื้ออังกูร และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2543). (Tiamkaew, K., et al., 2000) การคิดฆ่าตัวตาย และภาวะอารมณ์เศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- จุลจรรยา ศรีเพชร. (2546) (Sripetch, J., 2003). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). (Kasartikool, D.,1999). โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษา
หายได้. กรุงเทพฯ: นำอักษร การพิมพ์.
- พิสมัย เต็งพงศธร. (2533). (Tengpongsatorn, P.,1990). การศึกษาระดับความซึมเศร้าของเด็ก
และเยาวชนจากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพรรณ ชิตวร. (2546). (Chittawon, P., 2003)ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณา
เหตุผล อารมณ์ต่อภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). (Sompop Reungtrakool, S., 2000). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย.
กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). (Iamsupasit, S., 2000). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.
พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2544). (Ministry of Education,
2001) ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา. ราชบุรี:
โรงเรียนราชโบริกานุเคราะห์.
- อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). (Chatkaew, A., 2003). ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าใน
เยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). (Trangkasombat, U.&
Likhanapichitkool, D.,1996). อาการซึมเศร้าในเด็ก : การศึกษาโดยใช้
Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4),
222-234.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). (Trangkasombat, U.&
Likhanapichitkool, D.,1996). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้น
ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(3),162-173.

APPENDIX

APPENDIX A

LIST OF EXPERTS

The content validity of the Coping Skill Training Program were determined by three experts as follows:

1. Assistant Professor Sudsabuy Chulakadabba,
M.D., Diplomate, Thai Board of Psychiatry
Department of Psychiatric, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital,
Mahidol University

2. Assistant Professor Wanna Kongsuriyanavin, Ed.D.
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,
Mahidol University

3. Miss Jirapa Vekavanij, B.Sc.(Clinical Psychology)
Department of Pediatric, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital,
Mahidol University

APPENDIX B

Questionnaire

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. เกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมา.....
4. นักเรียนรู้สึกพอใจกับเกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมาหรือไม่
 พอใจ ไม่พอใจ
5. สถานภาพสมรสของพ่อแม่
 คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท / เดือน
7. ปัจจุบันนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร
 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ อาศัยอยู่กับญาติ
 อาศัยอยู่กับพ่อ อื่น ๆ ระบุ.....
 อาศัยอยู่กับแม่
8. บรรยากาศภายในครอบครัวตามความรู้สึกของนักเรียน
 อบอุ่น ไม่อบอุ่น
9. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนเคยขัดแย้งกับพ่อแม่หรือไม่
 ไม่เคย
 เคย (ถ้าตอบว่าเคยให้ตอบคำถามข้างล่างนี้)
นักเรียนขัดแย้งกับใครบ่อยที่สุด
 พ่อ แม่ ทั้งพ่อ และ แม่ พอ ๆ กัน
10. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนมีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนบ้างหรือไม่
 มี ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก

คำชี้แจง ให้นักเรียนเลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของนักเรียนมากที่สุด

ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน []

- | | |
|--|---|
| <p>1. [] ฉันรู้สึกเศร้า นาน ๆ ครั้ง
 [] ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
 [] ฉันรู้สึกเศร้า บ่อยครั้ง</p> <p>2. [] อะไร ๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด
 [] สิ่งต่าง ๆ จะเป็นได้ด้วยความดีสำหรับฉัน
 [] ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปได้ด้วยดี</p> <p>3. [] ฉันทำอะไร ๆ ก่อนข้างดี
 [] ฉันทำอะไรผิดพลาดหลายอย่าง
 [] ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด</p> <p>4. [] ฉันรู้สึกสนุกกลับหลายสิ่งหลายอย่าง
 [] ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
 [] ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง</p> <p>5. [] ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ
 [] ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง
 [] ฉันทำตัวไม่ดีนาน ๆ ครั้ง</p> <p>6. [] นาน ๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน
 [] ฉันวิตกว่า จะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน
 [] จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ ๆ</p> | <p>7. [] ฉันเกลียดตนเอง
 [] ฉันไม่ชอบตนเอง
 [] ฉันชอบตนเอง</p> <p>8. [] สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 [] สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 [] สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน</p> <p>9. [] ฉันไม่คิดที่จะฆ่าตัวตาย
 [] ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ฉันไม่ทำเช่นนั้น
 [] ฉันต้องการฆ่าตัวตาย</p> <p>10. [] ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน
 [] ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง
 [] ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง</p> <p>11. [] ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา
 [] ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
 [] ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ครั้ง</p> <p>12. [] ฉันชอบอยู่กับคนอื่น
 [] ฉันไม่ชอบอยู่กับคนอื่น
 [] ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย</p> |
|--|---|

13. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง
 ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย
 ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก
14. ฉันเป็นคนหน้าตาดี
 ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี
 ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
15. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน
 ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งที่ทำกรบ้าน
 การทำกรบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน
 ฉันนอนหลับสบาย
 ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
17. ฉันรู้สึกเหนื่อยนาน ๆ ครั้ง
 ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
 ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
18. มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกรอยอยากกินอาหาร
 ฉันกินอาหารได้ดี
 มีบางวันที่ฉันไม่รู้สึกรอยอยากกินอาหาร
19. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย
 ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
 ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ฉันไม่รู้สึกรงเหงา
 ฉันรู้สึกรงเหงาบ่อยครั้ง
 ฉันรู้สึกรงเหงาตลอดเวลา
21. ฉันไม่รู้สึกรงสนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ฉันรู้สึกรงสนุกนาน ๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ฉันรู้สึกรงสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
22. ฉันมีเพื่อนมาก
 ฉันไม่มีเพื่อนเลย
 ฉันมีเพื่อนไม่กี่คนและอยากมีมากกว่านี้
23. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้
 การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนแต่ก่อน
 การเรียนของฉันแย่มาก
24. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น
 ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้วในขณะนี้
 ฉันคงทำอะไรได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม

25. ไม่มีใครรักฉันจริง
 ฉันรู้ว่ามีคนรักฉัน
 ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
26. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ
 ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
 ฉันไม่เคยทำตามคำสั่งเลย
27. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี
 ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
 ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

APPENDIX C

Information Sheet and Informed Consent Form

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Inform Consent Form)

(สำหรับนักเรียนและผู้ปกครอง)

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า

ในวัยรุ่นตอนต้น

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการเรียนหรือการดำเนินชีวิตในโรงเรียนของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ อันเนื่องจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจาก
ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ

โดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

คำอธิบายโครงการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

1. หัวเรื่องที่จะทำการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

2. วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งนักเรียนได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง

3. เหตุผลที่เชิญชวนผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าโครงการวิจัย

เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินภาวะซึมเศร้า และข้อมูลจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ต่อไป

4. ระยะเวลาที่ต้องทำการทดสอบในผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

นักเรียนจะได้รับการเชิญให้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 20 นาที ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด 1 ครั้ง หลังจากนั้นจะเป็นการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ อีก 2 ครั้งคือเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยขออธิบายรายละเอียดของโปรแกรมคร่าว ๆ ดังต่อไปนี้

โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น และเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้ ภายในกลุ่มจะประกอบไปด้วย นักเรียนชั้นม. 2 จำนวน 15 คน โดยจะพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 15.00-16.30 น. ทั้งหมด 11 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง นักเรียนจะได้เรียนรู้ในเรื่องต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 นักเรียนจะได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และลักษณะของกลุ่ม, ทำความรู้จักกัน, มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันเมื่อเข้ากลุ่ม

ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า สามารถสังเกตตนเองได้เมื่อมีภาวะเครียด เห็นความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีทักษะในการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองจากการฝึกทำบันทึกอารมณ์

ครั้งที่ 3 ทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิดทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถระบุความคิดทางลบของตนเองได้

ครั้งที่ 4 เรียนรู้ถึงวิธีที่จะช่วยในการหยุดคิดทางลบ, ฝึกปฏิบัตินำเทคนิคหยุดคิดมาใช้, การสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองว่าเราสามารถควบคุมความคิดของตนเองได้

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกปฏิบัติ และสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเองในการที่จะปรับเปลี่ยนจากความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกตั้งรางวัลให้กับตนเอง

ครั้งที่ 6 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดและฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดี ที่ทำให้สามารถสร้างและดำรงสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นได้

ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะกล้าแสดงออก, สามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 9 ทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหา, ประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเคยใช้, สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น, เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขปัญหา และเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

ครั้งที่ 10 เรียนรู้ถึงหลักของการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติทักษะในการแก้ไขปัญหา และเสริมสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 11 สรุปการเรียนรู้และทบทวนในกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในประเมินผลกิจกรรมและแสดงความรู้สึกต่อกิจกรรมที่จัดขึ้น วัดผลของคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง และสิ้นสุดการทำกลุ่ม

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยและต่อผู้อื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้ยินยอมตน คือ มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายและมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้อื่น คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลนักเรียนวัยรุ่น และ ฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนมีแนวทางในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

6. ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก เนื่องจากผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผลปรากฏว่า โปรแกรมที่สอนให้วัยรุ่นมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ไม่ก่อให้เกิดผลเสียแก่วัยรุ่นแต่อย่างใด โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยการนำเอาข้อดีของ โปรแกรมที่ผ่านการวิจัยแล้วว่าได้ผลในการลดภาวะซึมเศร้ามาประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าว อาจทำให้เกิดความเครียดหรือกังวล จากการเปิดเผยปัญหาและเรื่องส่วนตัวของตน ให้สมาชิกกลุ่มทราบ ในกรณีที่นักเรียนรู้สึกเครียดหรือกังวล ไม่สบายใจที่จะเข้ากลุ่มจนครบ กระบวนการ ก็สามารถออกจากกลุ่มได้ โดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในการ ดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นจะดูแลนักเรียนจนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น หากนักเรียนยังไม่รู้สึกดีขึ้น ผู้วิจัยจะส่งให้นักเรียนได้ปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

7. การเตรียมผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการรักษาที่พิสูจน์จากการทำวิจัยแล้วว่าปลอดภัยและมี ประสิทธิภาพไว้ให้ผู้ยินยอมตนทำการวิจัยอย่างไร

เนื่องจากผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว ผลปรากฏว่า การจัด โปรแกรมเพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า ฝึกปฏิบัติการจัดการกับความ คิดทางลบ ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการสื่อสาร ทักษะกล้าแสดงออก และทักษะการแก้ไขปัญหา ไม่มีผลเสียต่อตัววัยรุ่นแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงได้นำเอาข้อดีของโปรแกรมที่เคยมี ผู้ศึกษาไว้ มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมของวัยรุ่นในประเทศไทย

8. ทางเลือกในการรักษาหรือวิธีการตรวจวินิจฉัยอื่น ที่อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำ การวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญ ความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่ได้มีการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยใด ๆ

9. ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

ข้อมูลทุกอย่างของนักเรียน ไม่ว่าจะ เป็นข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้อมูลที่เกิดจากการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

10. การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจะจัดให้

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่ได้มีการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยใด ๆ อย่างเป็นทางการ หากพบว่าขณะที่เข้าโครงการวิจัย นักเรียนมีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะประสานงานกับฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนและผู้ปกครองของนักเรียนเพื่อให้ นักเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือจากจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญโดยเร็วที่สุด โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

11. กรณีเกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัย ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไรบ้าง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายแต่อย่างใด อย่างเป็นทางการในขณะที่ยังเข้าโครงการวิจัยหากนักเรียน เครียดวิตกกังวล หรือไม่สบายใจ หรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง เมื่อพิจารณาแล้วว่าควรได้รับการปรึกษาหรือรับการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นักเรียนจะไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

12. ในกรณีเกิดอันตรายจากการวิจัยถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต ผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชยอย่างไร

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่ก่อให้เกิดอันตรายจนถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต

13. สิทธิผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

นักเรียนมีสิทธิที่จะถอนตัวหรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อผลการเรียนหรือการใช้ชีวิตในโรงเรียน

14. ชื่อ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยสามารถติดต่อได้สะดวกทั้งในและนอกเวลาราชการ กรณีมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน

นางสาวลลนา ประทุม

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (039)330073 ต่อ 224, 05-1474421

15. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (ethical consideration)

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัย จะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ของนักเรียน และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น นักเรียนมีสิทธิที่จะบอกเลิกหรือออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากพบว่าขณะเข้าโครงการวิจัยนักเรียนมีความเครียด วิตกกังวล จะได้รับการช่วยเหลือจนกระทั่งรู้สึกดีขึ้น หากยังไม่ดีขึ้นหรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง จะได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

ลลนา ประทุม

ผู้วิจัย

คำอธิบายโครงการวิจัย
(สำหรับกลุ่มควบคุม)

1. หัวเรื่องที่ทำการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า
ในวัยรุ่นตอนต้น

2. วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญ
ความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง
แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งนักเรียนได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุม

3. เหตุผลที่เชิญชวนผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าโครงการวิจัย

เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินภาวะ
ซึมเศร้าและข้อมูลจากการได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติที่ทางโรงเรียนจัดให้ มาเปรียบเทียบกับ
นักเรียนกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วม โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อนำผลที่ได้จาก
การวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ต่อไป ทั้งนี้
นักเรียนจะได้รับการให้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเช่นเดียวกันในภายหลัง
ประมาณต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2549

4. ระยะเวลาที่ต้องทำการทดสอบในผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

ระยะเวลาที่ต้องทำการทดสอบคือ ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถาม
เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ โดยใช้
เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 20 นาที นักเรียนจะได้รับการเชิญให้ทำ
แบบสอบถามทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) ต้นเดือน พฤศจิกายน 2548 ครั้งที่ 2) ปลายเดือนธันวาคม
2548 และ ครั้งที่ 3) ปลายเดือนมกราคม 2549 หลังจากตอบแบบสอบถามครั้งสุดท้าย นักเรียนจะ
ได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ซึ่ง
ผู้วิจัยขออธิบายรายละเอียดของโปรแกรมคร่าว ๆ ดังต่อไปนี้

โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด มีลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ความคิดเห็น และเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วย
ป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้ ภายในกลุ่มจะประกอบไปด้วย นักเรียนชั้นม. 2 จำนวน 15 คน
โดยจะพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา

15.00-16.30 น. ทั้งหมด 11 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง นักเรียนจะได้เรียนรู้ในเรื่องต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 นักเรียนจะได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และลักษณะของกลุ่ม, ทำความรู้จักกัน, มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันเมื่อเข้ากลุ่ม

ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า สามารถสังเกตตนเองได้เมื่อมีภาวะเครียด เห็นความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีทักษะในการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองจากการฝึกทำบันทึกอารมณ์

ครั้งที่ 3 ทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิดทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถระบุความคิดทางลบของตนเองได้

ครั้งที่ 4 เรียนรู้ถึงวิธีที่จะช่วยในการหยุดคิดทางลบ, ฝึกปฏิบัตินำเทคนิคหยุดคิดมาใช้, การสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองว่าเราสามารถควบคุมความคิดของตนเองได้

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกปฏิบัติ และสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับตนเองในการที่จะปรับเปลี่ยนจากความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวกจากการฝึกตั้งรางวัลให้กับตนเอง

ครั้งที่ 6 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดและฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 7 ฝึกทักษะการสื่อสารที่ดี ที่ทำให้สามารถสร้างและดำรงสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นได้

ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะกล้าแสดงออก, สามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 9 ทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหา, ประสพการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเคยใช้, สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น, เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขปัญหา และเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ

ครั้งที่ 10 เรียนรู้ถึงหลักของการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติทักษะในการแก้ไขปัญหา และเสริมสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 11 สรุปการเรียนรู้และทบทวนในกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในประเมินผลกิจกรรมและแสดงความรู้สึกต่อกิจกรรมที่จัดขึ้น วัตถุประสงค์ของคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง และสิ้นสุดการทำกลุ่ม

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยและต่อผู้อื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้ยินยอมตน คือ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และหากพบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ นักเรียนจะได้รับการช่วยเหลือจากฝ่ายแนะแนวของโรงเรียน ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจรุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายต่อตัวนักเรียน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้อื่น คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลนักเรียนวัยรุ่น และฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนมีแนวทางในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ต่อไป

6. ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการวิจัยนี้นักเรียนเพียงแต่ได้รับการเชิญให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่านั้น จึงมีความเสี่ยงน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลย อย่างไรก็ตามในการตอบแบบสอบถาม ข้อคำถามบางข้ออาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจแก่นักเรียนได้บ้างเล็กน้อย

การเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดนั้นมีความเสี่ยงน้อยมาก เนื่องจากผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผลปรากฏว่า โปรแกรมที่สอนให้วัยรุ่นมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ไม่ก่อให้เกิดผลเสียแก่วัยรุ่นแต่อย่างใด โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยการนำเอาข้อดีของโปรแกรมที่ผ่านการวิจัยแล้วว่า ได้ผลในการลดภาวะซึมเศร้ามาประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าว อาจทำให้เกิดความเครียดหรือกังวลจากการเปิดเผยปัญหาและเรื่องส่วนตัวของตนให้สมาชิกกลุ่มทราบ ในกรณีนี้นักเรียนรู้สึกเครียดหรือกังวล ไม่สบายใจที่จะเข้ากลุ่มจนครบกระบวนการ ก็สามารถออกจากกลุ่มได้ โดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นจะดูแลนักเรียนจนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น หากนักเรียนยังไม่รู้สึกดีขึ้น ผู้วิจัยจะส่งให้นักเรียนได้ปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

7. การเตรียมผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการรักษาที่พิสูจน์จากการทำวิจัยแล้วว่าปลอดภัยและมีประสิทธิผลไว้ให้ผู้ยินยอมตนทำการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ นักเรียนจะได้รับการเชิญให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนนี้ผ่านการตรวจสอบเกี่ยวกับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยนี้ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และ นักจิตวิทยา

หากพบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ นักเรียนจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนซึ่งให้การดูแลนักเรียนตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนจัดทำขึ้นสำหรับโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา

โดยความร่วมมือของ กรมสามัญศึกษา กรมสุขภาพจิตและกรมวิชาการ ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการแล้วว่า เป็นระบบที่ได้มาตรฐานและมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ดูแลช่วยเหลือนักเรียน

โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่นักเรียนจะได้รับการเชิญให้เข้าร่วมในโปรแกรม ได้ผ่านการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว และพบว่าการจัดโปรแกรมเพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า ฝึกปฏิบัติการจัดการกับความวิตกกังวล ทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการสื่อสาร ทักษะกล้าแสดงออก และทักษะการแก้ไขปัญหา ไม่มีผลเสียต่อตัววัยรุ่นแต่อย่างใด นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพในการช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงได้นำเอาข้อดีของโปรแกรมที่เคยมีผู้ศึกษาไว้ มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมของวัยรุ่นในประเทศไทย

8. ทางเลือกในการรักษาหรือวิธีการตรวจวินิจฉัยอื่น ที่อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้หากพบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ นักเรียนจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากฝ่ายแนะแนวของโรงเรียน และหากมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ นักเรียนจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ซึ่งในการขอรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ดังกล่าว จะเป็นการยินยอมจากตัวนักเรียนเอง และจากผู้ปกครองของนักเรียน

9. ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัย

ข้อมูลทุกอย่างของนักเรียน ที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และผู้วิจัยจะนำเสนอผลที่ได้จากการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของนักเรียน และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

10. การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจะจัดให้

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ไม่ได้มีการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยใด ๆ อย่างไรก็ตามหากพบว่าขณะที่เข้าโครงการวิจัย นักเรียนมีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง จะได้รับการอนุญาตให้ออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ผู้วิจัยจะประสานงานกับฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนและผู้ปกครองของนักเรียนเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญโดยเร็วที่สุด และไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

11. กรณีเกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัย ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไรบ้าง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม อันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัยมีน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลย อย่างไรก็ตามหากพบว่าขณะที่เข้าโครงการวิจัย นักเรียนมีระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงและพิจารณาแล้วว่าควรได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ นักเรียนจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

12. ในกรณีเกิดอันตรายจากการวิจัยถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต ผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชยอย่างไร

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม ไม่ก่อให้เกิดอันตรายจนถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต

13. สิทธิผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

นักเรียนมีสิทธิที่จะถอนตัวหรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อผลการเรียนหรือการใช้ชีวิตในโรงเรียน

14. ชื่อ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยมารดติดต่อได้สะดวกทั้งในและนอกเวลาราชการ กรณีมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน

นางสาวลลนา ประทุม

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (039)330073 ต่อ 224, 085-1474421

15. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (ethical consideration)

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลย ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ของนักเรียน และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น นักเรียนมีสิทธิที่จะบอกเลิกหรือออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากพบว่าขณะเข้าโครงการวิจัยนักเรียนมีภาวะซึมเศร้า นักเรียนจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากฝ่ายแนะแนวของโรงเรียน และหากมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง จะได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

ลลนา ประทุม

ผู้วิจัย

APPENDIX D

Testing for statistical assumption

ผู้วิจัยทำการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Repeated Measures ANOVA ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ต่อไปนี้

1.1 Normality ผลจากการวิเคราะห์โดยใช้ Kolmogorov -Smirnov ของคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อวัดก่อนการทดลอง post-test เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที, ระยะติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน ได้ = .200 ทั้ง 4 ครั้ง และทดสอบด้วย Shapiro-Wilk = .181 , .379, .093, .497 แสดงว่า คะแนนของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองเมื่อวัดทั้ง 4 ครั้ง มีการแจกแจงแบบปกติ

1.2. Sphericity หรือ compound symmetry หรือ equal correlation ได้ค่า Mauchly's Test =.854 แสดงว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อวัดก่อนการทดลอง, post-test เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที, ระยะติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน มีequal correlation ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว สรุปว่า สามารถใช้ สถิติ Repeated Measures ANOVA ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลองได้ จึงทำการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้ารายคู่ (pairwise comparisons) ต่อไป

ตารางที่ 1 ตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง ตามสมมติฐาน ดังนี้

$H_0 : t_1=t_2=t_3=t_4$ (ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้งไม่แตกต่างกัน)

$H_1 : t_1 \neq t_2 \neq t_3 \neq t_4$ (ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	p-value
test Pillai's Trace	.822	18.421	3.000	12.000	.000

ผลการทดสอบสมมติฐานของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าสถิติF (Pillai's Trace) = 18.421 และมีค่า p = .000 ซึ่งน้อยกว่า $\alpha = .05$ จึงปฏิเสธ H_0 แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง post-test เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที, ระยะติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ จึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้ารายคู่ (pairwise comparisons) ได้ผลดังต่อไปนี้

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) test	(J) test	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	5.267*	.938	.000	2.387	8.146
	3	5.867*	.935	.000	2.996	8.737
	4	5.667*	.815	.000	3.167	8.166
2	1	-5.267*	.938	.000	-8.146	-2.387
	3	.600	.827	1.000	-1.938	3.138
	4	.400	1.041	1.000	-2.795	3.595
3	1	-5.867*	.935	.000	-8.737	-2.996
	2	-.600	.827	1.000	-3.138	1.938
	4	-.200	.901	1.000	-2.964	2.564
4	1	-5.667*	.815	.000	-8.166	-3.167
	2	-.400	1.041	1.000	-3.595	2.795
	3	.200	.901	1.000	-2.564	2.964

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the .05 level.

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ MANCOVA โดยมี ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) เป็น covariate และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน เป็นตัวแปรตาม

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ MANCOVA ดังนี้

2.1. Variance – Covariance Matrices ของตัวแปรตามของแต่ละกลุ่มจะต้องเท่ากัน ผลจากการวิเคราะห์โดยใช้ Box's M พบว่า $F=.710$ และ $Sig=.642$ แสดงว่า ค่า Covariance Matrices ของตัวแปรตาม แต่ละตัวเท่ากัน

2.2 ตัวแปรตามแต่ละตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะต้องมีความแปรปรวนเท่ากัน วิเคราะห์โดยใช้ Levene test of equality of error variances ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า Post-test เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ได้ค่า $F= 1.370$ sig= .252, ระยะติดตามผล 1 เดือน $F=.888$ sig = .354 และระยะติดตามผล 3 เดือน $F= 2.049$ sig=.163 ตามลำดับ แสดงว่า ตัวแปรตามแต่ละตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนเท่ากัน

2.3. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะติดตามผล 3 เดือนหลังสิ้นสุด โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องไม่แตกต่างกัน โดยใช้ Tests of Between-Subjects Effects ;group * test1 ได้ค่า $F=.384$, .015, .234 ค่า Sig = .541, .903, .632 ตามลำดับ แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 3 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว สรุปได้ว่าผู้วิจัยสามารถใช้สถิติ MANCOVA ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เป็น covariate และ

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน เป็นตัวแปรตาม

APPENDIX E



No. 152/2005

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok


Title of Project. Effectiveness of Coping Skill Training Program on Depression in Early Adolescents
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Lalana Pratum

Name of Institution. Faculty of Nursing

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman. 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 23 NOV 2005

Date of Expiration. 22 NOV 2006

APPENDIX F



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

จุดบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า
นางสาว ลลพา ประทุม

ได้เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตร

เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริม

สุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวก

ระหว่างวันที่ ๑-๙ ธันวาคม ๒๕๕๘

ซึ่งผ่านการรับรองหลักสูตรเพื่อการศึกษาดำเนินงานของสถาบันพยาบาลศาสตร์ของสภาการพยาบาล

เลขที่หลักสูตร ๑-๐๒-๑๑๔-๐๐๐๐/๕๐๑๕ จำนวน ๑๖.๕ หน่วยกิต

ให้ไว้ ณ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๘

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายใจ พัดพันธ์)
ประธานโครงการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนนาราวัต วัฒนพิบูลย์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

BIOGRAPHY

NAME Miss Lalana Pratum

DATE OF BIRTH 16 May 1977

PLACE OF BIRTH Chantaburi, Thailand

INSTITUTIONS ATTENDED Phrapokklao Nursing College, Affiliated to
Burapha University, 1996- 2000:
Bachelor of Nursing Science
Mahidol University, 2003 – 2007:
Master of Nursing Science
(Mental Health and Psychiatric Nursing)

POSITION AND OFFICE Community Health and Psychiatric Nursing
Department, Phrapokklao Nursing College
Chantaburi, Thailand
Position: Registered Nurse 6
Tel. 08-5147-4421

HOME ADDRESS 34/2 Mu 1 Sung, Khlung district,
Chantaburi, Thailand
E-mail: lalana1977@yahoo.com