



ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
[EFFECT OF MINDFULNESS BASED THERAPY AND COUNSELING (MBTC)
PROGRAM ON DEPRESSION AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS]

ณิชากรันต์ กันธะวงศ์ และคณะ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
สิงหาคม 2568

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากศาสตราจารย์ ดร. เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนอนุเคราะห์เวลาในการดำเนินการวิจัย จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่ให้การอนุเคราะห์ทุนสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยฉบับนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่ให้ความช่วยเหลือตลอดการดำเนินงานวิจัยด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในการทำวิจัยฉบับนี้จากท่านผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และคณะครู โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจและสนับสนุนในทุกๆเรื่อง ขอขอบคุณตนเองที่อดทนและฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ จนกระทั่งสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณอาจารย์กฤษฎา คำขึ้น ผู้ร่วมวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยอย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยทุกท่านและผู้ที่มีได้เอ่ยนามในที่นี้ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดมา

ณิษกานต์ กันธะวงค์

ชื่อเรื่อง : ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ชื่อผู้วิจัย : ณิษกานต์ กันธวงษ์ กฤษฎา คำขึ้น วิภากรณ์ ปัญญาดี ราตรี เครือวรรณ

สาขาวิชา/คณะ : สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ : 2567

ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยปี : กรกฎาคม 2567 - กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมจังหวัดเชียงราย โดยวิธีการสุ่มจากนักเรียนที่มีระดับคะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนน จากการคัดกรองโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) จำนวน 42 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 21 คนและกลุ่มทดลอง 21 คน ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดรวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์เชิงบรรยายโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและวิเคราะห์เชิงอ้างอิงโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมสติบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะเดียวกันพบว่าในระยะติดตาม 1 เดือนของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .363$)

การนำผลของวิจัยไปใช้

ผลของการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีผลการประเมินว่าเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมสติบำบัด/ ภาวะซึมเศร้า/ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Research Title : EFFECT OF MINDFULNESS BASED THERAPY AND COUNSELING
(MBTC) PROGRAM ON DEPRESSION AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS

Author : NICHAGAN KANTAWONG, KITSADA KHAKHUEN, WIPAKORN PANYADEE,
RATREE KRUEWAN

Faculty : DEPARTMENT OF PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING

Fiscal Year : 2024

Year of Research : JULY 2024 - JULY 2025

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of Mindfulness Based Therapy and Counseling (MBTC) Program on Depression among High School Students. The sample included first-year high school students in Chiang Rai province. Cluster random sampling was used to select two classes to assign into the experimental and control groups. Forty-two subjects whose depression test level was above 22 score of the center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]. The experimental group received the MBTC program. Data were collected from May to August 2025 and the data were analyzed by Chi-Square statistics and Repeated Measure ANOVA.

The results revealed that after completing the program, the depression mean score of experimental group were significantly lower than those of control group ($p < .001$). Whereas, at the 1st month after program completion, the depression score of the experimental group were not significantly different from those before.

IMPLICATION OF THE RESEARCH

The results of this study can serve as a guideline for the further development of a psychiatric and mental health care model for high school students.

KEYWORDS : MBTC/ Mindfulness/ Depression/ High school students

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Abstract	iii
สารบัญ	iv
สารบัญตาราง	v
สารบัญภาพ	vi
บทที่	
1 บทนำ	1
- วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
- ขอบเขตของโครงการวิจัย	4
- สมมติฐานการวิจัย	4
- กรอบแนวคิดการวิจัย	4
- แนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการวัยรุ่น	6
- ความหมายของวัยรุ่น	7
พัฒนาการของวัยรุ่น	8
ระบบการศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	9
ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	10
ภาวะซึมเศร้า	11
- ความหมายของภาวะซึมเศร้า	11
การประเมินภาวะซึมเศร้า	12
ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	13
สติบำบัด	13
- ความหมายของสติบำบัด	13
แนวคิดของสติบำบัด	14

สารบัญ (ต่อ)

	โปรแกรมสถิติบำบัด	14
3	วิธีดำเนินการวิจัย	17
	- สถานที่เก็บข้อมูล	17
	- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	17
	- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	19
	- การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	21
	- การเก็บรวบรวมข้อมูล	21
	- การวิเคราะห์ข้อมูล	22
4	ผลการวิจัย	23
	- ตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	24
	- ตอนที่ 2 ข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	27
	- ตอนที่ 3 ทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	29
5	สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	31
	- สรุปผลการวิจัย	31
	- อภิปรายผลการวิจัย	32
	- ข้อเสนอแนะในการศึกษา	34
	บรรณานุกรม	35
	ภาคผนวก	39
	ประวัติผู้วิจัย	45

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล	24
2	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม 1 เดือนภายหลังการทดลอง	28
3	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง	29
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธี Bonferroni	29

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2 เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และในระยะ 1 เดือน ภายหลังการทดลอง	28

บทที่ 1

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อชีวิตในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และชุมชน และอาจนำมาสู่ปัญหาในการเรียนและการทำงาน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลกกำลังประสบกับโรคซึมเศร้า (World Health organization, 2023) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงการบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยของเดือนมกราคม ในปีงบประมาณปี 2567 มีจำนวนมากถึง 1,271,115 ราย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมามากกว่า 200,000 ราย โดยเฉพาะในภาคเหนือตอนบนที่มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเทียบกับค่าประมาณผู้ป่วยในพื้นที่ พบว่ามีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากที่สุด นั่นคือ 130.63 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในเขตภาคเหนือตอนบนมีมากถึง 150,732 ราย (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) นอกจากนี้ จากข้อมูลในปี 2564 ขององค์การยูนิเซฟร่วมกับกรมสุขภาพจิต ระบุว่า วัยรุ่นไทย อายุ 10-19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์ (Unicef, 2022) อีกทั้งจากข้อมูลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า วัยรุ่นอายุ 10-19 ปีกว่า 10,000 รายได้ใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อขอรับคำปรึกษา ซึ่งปัญหาซึมเศร้าเป็นประเด็นหนึ่งที่มีวัยรุ่นใช้บริการในการขอรับคำปรึกษามากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2565)

จากข้อมูลสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โรคซึมเศร้ามีความสำคัญและมีประชากรประสบกับโรคนี้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับซึมเศร้าวัยรุ่นที่ผ่านมา พบว่า มีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวนหนึ่งกำลังประสบกับภาวะซึมเศร้า (ธีรภัทร์ ลักษณะนิชาวิน, 2565; ศตวรรษ มูลสอน, ชนิดดา แนนเกษร, พิชามณัฐ อีทะพุด และ สาวิตรี หลักทอง, 2566; Gupta, Das, Das, Banerjee, Neogi, & Mukherjee, 2023; Nakie, Segon, Melkam, Desalegn, & Zeleke, 2021; Nirudya, M, Chandrasekhar, A, & V., 2023) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่พิเศษของพัฒนาการมนุษย์และเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการวางรากฐานของการมีสุขภาพที่ดี วัยรุ่นมีการเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญาและจิตสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การคิด การตัดสินใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของวัยรุ่น (World health organization, 2024) โดยในพัฒนาการทางด้านร่างกายนั้น วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกายและมีการเจริญเต็มที่ทางเพศ (Louw & Louw, 2020) นอกจากนี้ในช่วงวัยรุ่นนี้จะเริ่มเข้าสู่ขั้นปฏิบัติการคิดด้วยนามธรรม (Formal Operational Stage) มีการเริ่มต้นการคิดอย่างมีเหตุผลและมีความคิดเป็นนามธรรมมากขึ้น (Piaget, 1952) อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่มีการ

ค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองผ่านการค้นหาค่านิยม ความเชื่อและเป้าหมาย วัยรุ่นจะมีอิสระมากขึ้น มีการพยายามค้นหาอาชีพในอนาคต วัยรุ่นมีความต้องการที่จะค้นหาสังคมที่เหมาะสมกับตนเองและต้องการเป็นที่ยอมรับจากสังคม มีพัฒนาการในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Erikson, 1959) จากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยรุ่นประกอบกับการที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในช่วงมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบการเรียนที่มีการแยกตามสายวิชาที่นักเรียนมีความถนัดและสนใจ มีการย้ายโรงเรียนจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสู่โรงเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรวมถึงกลุ่มเพื่อน อีกทั้งนักเรียนต้องเผชิญกับระบบการศึกษาที่มีเนื้อหาการเรียนที่มีความเข้มข้นมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การแข่งขันในการเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาในขณะที่ต้องการ นอกจากนี้นักเรียนยังประสบกับความคาดหวังของครอบครัวและสังคมรวมถึงแรงกดดันในตนเองที่จะวางแผนรูปแบบและกำหนดอนาคตด้านการศึกษาของตน (รัตน มาพะ สวัสดิ์, 2564) ซึ่งหากนักเรียนไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้ (World health organization, 2024) โดยภาวะซึมเศร้าจะนำมาสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับที่ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรที่มีอายุ 15-24 ปี (World Health organization, 2023) และจากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พบว่า วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 17.6 (Unicef, 2022)

การดูแลนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการเกิดความรุนแรงจากอาการภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพื้นฐานแนวคิดมาจากการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดด้วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเหล่านี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบและสามารถปล่อยวางเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยวิธีการการฝึกสติ สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ อีกทั้งการฝึกสตินั้นยังสามารถประยุกต์ใช้กับเรื่องสัมพันธภาพ การเรียนรู้ที่จะสื่อสารอย่างมีสติ การใช้อารมณ์ลดลงและมีสติในการเมตตาให้อภัย การฝึกสติหรือโปรแกรมสติบำบัดจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันหรือลดอาการของอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นันท์ชนก วงษ์สมุทร, 2560) และจากการศึกษาโปรแกรมฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา มีการศึกษาอย่างเป็นระบบในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์พบว่าการฝึกสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Kriakous, Elliott, Lamers, & Owen, 2021) และมีการศึกษาแบบเป็นระบบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 12-25 ปี พบว่า การฝึกสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Chi, Bo, Lui, Zhang, & Chi, 2018)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า โปรแกรมจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ (วิภาวี เผ่ากันทรกร และนภา จิรัฐจินตนา, 2564) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่า โปรแกรมจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ (นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2562) ดังนั้นจากการศึกษาโปรแกรมการฝึกสติ แสดงให้เห็นว่าการฝึกสติสามารถช่วยลดอาการของภาวะซึมเศร้าได้

โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling (MBTC)) พัฒนาโดยนายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมณ์สานต์ (2558) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานการบำบัดโดยใช้จิตวิทยาแนวพุทธร่วมกับโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ของ Jon Kabat-Zinn (1979) โดยประยุกต์สมาธิและสติมาใช้เพื่อลดความทุกข์หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียดและความยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิต รวมทั้งผู้ดูแล ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น (คู่มือสติบำบัด, 2567) ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การฝึกสติหรือโปรแกรมสติบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้แนวทางการเพื่อให้มีความรู้สึก พฤติกรรมและการรู้คิดทางบวกจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม อีกทั้งได้ฝึกจิตใจให้มีความสุข สามารถปล่อยวางเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด อันเป็นการพัฒนาให้บุคคลมีการตระหนักรู้ในตนเอง สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น มีการพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการฝึกสติในการศึกษาเพื่อลดอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศ แต่กระนั้นการศึกษาโปรแกรมการฝึกสติในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าวิจัยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ มีวิธีการจัดการกับภาวะทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต อีกทั้งเพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาในการดูแลนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด และภายในกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) การศึกษาสองกลุ่มวัดระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศติเพื่อสุขภาพต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงราย ในช่วงเดือนพฤษภาคม ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568

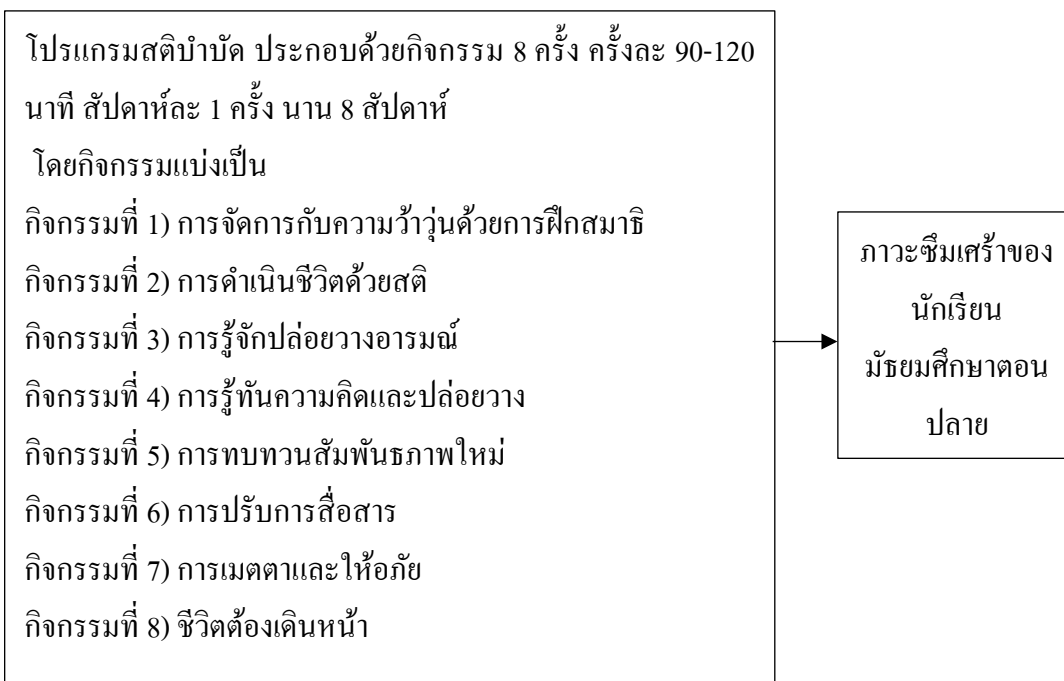
สมมติฐานงานวิจัย และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. เชื่อว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. เชื่อว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling (MBTC)) พัฒนาโดยนายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมณ์ศานต์ (2558) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานการบำบัดโดยใช้จิตวิทยาแนวพุทธร่วมกับโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ของ Jon Kabat-Zinn (1979) โดยประยุกต์สมาธิและสติมาใช้เพื่อลดความทุกข์หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียดและความยากลำบากจากจากโรคทางกายและทางจิต รวมทั้งผู้ดูแล ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น (คู่มือสติบำบัด, 2567) กระบวนการของโปรแกรกดังกล่าวแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่น

ระบบการศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

โปรแกรมสติบำบัด

ความหมายของสติบำบัด

แนวคิดของสติบำบัด

โปรแกรมสติบำบัด

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการพัฒนาการของวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023a) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นช่วงเวลาในชีวิตระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี เป็นช่วงระยะพัฒนาการของมนุษย์ที่มีลักษณะเฉพาะและเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญในชีวิต สำหรับการนำไปสู่พื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี การเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และจิตสังคม จะส่งผลถึงความรู้สึก ความคิด การตัดสินใจและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวของวัยรุ่น

บริทานิ อัลเลนและเฮเลน วอทเทอแมน (American Academy of Pediatrics, 2019) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นช่วงวัยที่ส่งผ่านระหว่างช่วงวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาทั้งทางร่างกาย เพศ สติปัญญา สังคมและอารมณ์

สมภพ เรืองตระกูล (Ruangtrakul, 2007) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นช่วงพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลง และใช้เวลานานระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ไปสู่กระบวนการพัฒนาความเป็นผู้ใหญ่ทั้งทางร่างกาย การรู้เข้าใจอารมณ์และสังคม ระยะเริ่มต้นของวัยรุ่นคือ วัยเจริญพันธุ์ (Puberty) ซึ่งเป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สฮอร์โมน การเจริญเติบโต และความเป็นผู้ใหญ่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า วัยรุ่น เป็นช่วงเวลาในการเจริญเติบโตของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการอันซับซ้อน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม เพื่อข้ามผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่

ระยะพัฒนาการของวัยรุ่น

การแบ่งระยะพัฒนาการของวัยรุ่นมีความหลากหลายและมีแตกต่างกัน ดังนี้

สถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics, 2020) ได้แบ่งระยะพัฒนาการของวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ คือ 1) วัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) อายุ 11-14 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescent) อายุ 15-17 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescent) อายุ 18-21 ปี

สไตน์เบิร์ก (Steinberg, 1993) ได้กำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นไว้เป็น 3 ระยะดังนี้ 1) วัยรุ่นตอนต้น ช่วงอายุระหว่าง 11-14 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง ช่วงอายุระหว่าง 15-18 ปี 3) วัยรุ่นตอนปลาย ช่วงอายุระหว่าง 18-21 ปี

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ (Unicef, 2022) ได้แบ่งระยะพัฒนาการของวัยรุ่น เป็น 3 ระยะ คือ 1.) วัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) อายุ 10-13 ปี เป็นวัยที่มีการพัฒนาการความสามารถ

ด้านความคิดนามธรรม 2) วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescent) อายุ 14-16 ปี เป็นระยะที่ค้นหาความเป็นตัวตนของตนเอง และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescent) อายุ 17-19 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมวัยผู้ใหญ่

สมภพ เรืองตระกูล (Ruangtrakul, 2007) แบ่งระยะพัฒนาการของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วัยรุ่นตอนต้น อายุ 12-14 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง อายุ 14-17 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย อายุ 17-19 ปี

จากช่วงอายุของวัยรุ่นข้างต้นสามารถแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นได้ 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย สำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษาสังกัดสำนักงานอาชีวศึกษาช่วงอายุและพัฒนาการของนักเรียน ไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ ซึ่งอยู่ในระยะวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย

พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย วัยรุ่นยังมีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีการเริ่มต้นการคิดอย่างมีเหตุมีผล และมีการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

1) พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกายและมีการเจริญเต็มที่ทางเพศ โดยการเจริญเติบโตในช่วงวัยรุ่นนี้เริ่มต้นจากการที่ร่างกายได้มีการหลั่งฮอร์โมน 2 ชนิดเกี่ยวกับการพัฒนาของร่างกายคือ 1) ฮอร์โมน Somatotrophin ซึ่งเป็น Growth Hormone สำหรับการเจริญเติบโต จะไปกระตุ้นการเจริญเติบโต โดยเฉพาะ ส่วนสูง สัดส่วนของร่างกาย และ 2) ฮอร์โมน Gonadotrophin สำหรับการกระตุ้นการทำงานของต่อมไคนาด (Gonads หรือ Sex Gland) ฮอร์โมนชนิดนี้จะเสริมสร้างลักษณะทางเพศเบื้องต้น (Primary Sex Characteristics) คือไปกระตุ้นการทำงานของต่อมเพศนั่นคือการกระตุ้นให้รังไข่ ผลิตไข่ หรือกระตุ้นให้อัณฑะผลิตอสุจิและยังทำให้ขนาดของอวัยวะเพศเจริญขึ้น นอกจากนี้ยังเสริมสร้างลักษณะเพศภายนอก (Secondary Sex Characteristics) คือการมีหนวดเคราของเพศชาย การขยายตัวของเต้านม มีขนบริเวณหัวหน้า สะโพกผาย และมีประจำเดือน ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นสามารถตั้งครรภ์ได้ เรียกว่าภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) (Louw & Louw, 2020)

2) พัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญา (Cognitive Development) พัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของบุคคลจะมีการพัฒนาไปตามวัย โดยในช่วงวัยรุ่นนี้จะเริ่มเข้าสู่ขั้นปฏิบัติการคิดด้วยนามธรรม (Formal Operational Stage) วัยรุ่นจะมีความสามารถทางปัญญาในการพัฒนาทางเลือกหรือสมมติฐานในการแก้ปัญหา มีการคิดอย่างมีเหตุมีผลและมีความคิดเป็นนามธรรมมากขึ้น (Piaget, 1952)

3) พัฒนาการด้านจิตสังคม (Psychosocial Development) โดยช่วงวัยรุ่นจะมีการค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองผ่านการค้นหาค่านิยม ความเชื่อและเป้าหมาย วัยรุ่นจะมีอิสระมากขึ้น มีการพยายามค้นหาอาชีพใน

อนาคต วัยรุ่นมีความต้องการที่จะค้นหาสังคมที่เหมาะสมกับตนเองและต้องการเป็นที่ยอมรับจากสังคม นอกจากนี้ยังมีการสร้างความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับบุคคลอื่น มีการค้นหาความสัมพันธ์ระยะยาวที่นอกเหนือจากครอบครัว ซึ่งวัยรุ่นจะเกิดการเรียนรู้ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีการให้ความเอาใจใส่ในความสัมพันธ์ มั่นคงผูกพันซึ่งกันและกัน (Erikson, 1959)

จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง อันเป็นช่วงวัยที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายในทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดสติปัญญา และจิตสังคม ซึ่งวัยรุ่นจำเป็นต้องมีการเรียนรู้และมีการปรับตัวต่อการพัฒนาการตามช่วงวัย เพื่อนำไปสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพ หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ได้

ระบบการศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ระบบการศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ครอบคลุมการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนอายุประมาณ 16-18 ปี หรือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (ม.4-ม.6) ในช่วงนี้ นักเรียนจะได้รับการศึกษาในวิชาที่ลึกซึ้งและเฉพาะทางมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความสนใจและเป้าหมายทางการศึกษาและอาชีพในอนาคต นอกจากนี้ การศึกษาระดับนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาแนวคิด ความสามารถ และความมั่นใจในตัวเองของนักเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือการเข้าสู่ตลาดแรงงาน

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีการจัดการเรียนการสอนโดยอิงตามหลักสูตรการศึกษาของชาติที่ใช้ในปัจจุบัน คือ หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 เป็นหลักสูตรที่กำหนดมาตรฐานการเรียนรู้เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดกับผู้เรียน และมีตัวชี้วัดในแต่ละชั้นปีอย่างชัดเจน การศึกษาขั้นพื้นฐานประกอบด้วย 8 กลุ่มสาระการเรียนรู้ ได้แก่ ภาษาไทย คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม สุขศึกษาและพลศึกษา ศิลปะ การงานอาชีพและเทคโนโลยี และภาษาต่างประเทศ หลักสูตรฉบับนี้พัฒนามาจากหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 ซึ่งคงหลักการและกรอบโครงสร้างหลักสูตรไว้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ได้ปรับปรุงมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การงานอาชีพและเทคโนโลยี และสาระภูมิศาสตร์ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม (หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2551)

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นช่วงวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย เป็นวัยที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากกลุ่มเพื่อนและการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในนักเรียนมัธยมศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด (ปัทมาภรณ์ บุญทัน, เกษม ชูรัตน์, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร และธวัชชัย วรพงศธร, 2562) ภาวะซึมเศร้า (ธีรภัทร์ ลักษณินาวิน, เอ็มอัชฌา วัฒนบุรานนท์, 2565; รัตนา มาณะสวัสดิ์, 2564; Atorkey, 2021) และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Asante, Kugbey, Osafo, Quarshie, & Sarfo, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบว่ามีผู้ที่กำลังเผชิญจำนวนมากถึง 280 ล้านคนทั่วโลก นอกจากนี้ซึมเศร่ายังเป็น 4 อันดับแรกของสาเหตุที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มคนอายุระหว่าง 15-29 ปี ซึ่งช่วงอายุดังกล่าว ครอบคลุมช่วงอายุของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (WHO, 2024) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าจะลดลงได้ หากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายการส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ และสามารถปล่อยวางเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยวิธีการการฝึกสติ สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (นันท์ชนก วงษ์สมุทร, 2560)

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเองลดลง ขาดพลัง หมดความสนุกและความสนใจในกิจกรรม สมาธิลดลง เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ รู้สึกผิด รู้สึกไม่มีคุณค่าไม่มีความสุข มีอาการทางกายร่วมด้วย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะแปรปรวนของอารมณ์ เช่น มีอารมณ์เศร้าโศก หดหู่ หมดเรี่ยวแรง รู้สึกตนเองด้อยค่า ไม่สนใจหรือยินดียินร้ายกับสิ่งต่างๆ รอบตัว พฤติกรรมการกินนอนผิดปกติไป อาการของภาวะซึมเศร้ามาพร้อมกับอาการวิตกกังวล ทำให้เกิดการบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีความคิดฆ่าตัวตาย

Beck (1970) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะที่แปรปรวน เศร้าโศก โดดเดี่ยว ขาดความกระตือรือร้น มองตนเองในด้านลบ หลีกหนีปัญหา รู้สึกอยากตาย รวมทั้งกินไม่ได้ นอนไม่หลับ และความต้องการทางเพศลดลง

กล่าวโดยสรุป ภาวะซึมเศร้าคือภาวะของอารมณ์ที่มีอาการเศร้าซึม ท้อแท้สิ้นหวัง โดดเดี่ยว ไม่อยากทำอะไร ไม่มีเรี่ยวแรง

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2556) ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยและการสูญเสียหน้าที่การงานกิจกรรมทางสังคมหรือบทบาทที่สำคัญอื่นๆ ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเอง และได้แบ่งภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เบื่อเล็กน้อย อารมณ์หดหู่ เศร้าซึม เหนื่อยง่าย อารมณ์ไม่สดชื่นแจ่มใส ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ บางครั้งไม่สมเหตุสมผล ชอบเปรียบเทียบคิดว่าตนเองด้อยกว่า หลับยาก ตื่นเร็วกว่าปกติ ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้

ระดับปานกลาง (Moderate Depression) ซึมพูดน้อยลง คิดซ้ำ วิตกกังวลคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ขาดประสิทธิภาพ วิตกกังวลว่าร่างกายผิดปกติ การทำงานบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอลง รับประทานอาหารได้น้อย การขับถ่ายและการนอนหลับไม่สนิท ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เหนื่อยง่าย มีต้องการทำกิจกรรมใด ๆ แต่ยังพอบังคับตนเองหรือกระตุ้นให้ปฏิบัติตามได้ เริ่มมีกระทบการใช้ชีวิตประจำวัน

ระดับรุนแรง (Severe Depression) คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม ล้มเหลวไร้ค่า สิ้นหวัง รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า มีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง กังวลสูง เหนื่อยล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ นอนไม่หลับ บางคนหงุดหงิด ไม่อยู่นิ่ง ปฏิเสธการรับประทานอาหาร ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาจมีอาการหลงผิดประสาทหลอน มีความคิดอยากตายและทำร้ายตนเองได้

การประเมินภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D) เครื่องมือนี้พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์การศึกษาด้านระบาดวิทยาสถาบันจิตเวชแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อแยกวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่มีอาการซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้า เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบในแบบคัดกรองบอกถึงระดับความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าคะแนน 0-60 คะแนน คะแนนมากกว่า 22 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังสมบัติ และนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกับวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่า ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.86 แบบประเมินนี้มีจุดตัดของคะแนนที่ใช้คัดกรองได้ดีที่สุดคือระดับคะแนน 22 พบมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำของแบบคัดกรองร้อยละ 82 (อุมพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540)

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบ็ค (1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับ หรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้าข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด พบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76-0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียนได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.90

3. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย (The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) พัฒนาโดยดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2540) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรไทย แบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีช่วงอายุ 15-60 ปี คำถามทั้งหมดมี 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบเกี่ยวกับอาการทางกาย ด้านความกระตือรือร้น ด้านความคิด และด้านอารมณ์ ทั้งหมด 17 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ (ความสบายใจ ชีวิตในอนาคตยังมีความหมาย และการเห็นคุณค่าในตนเอง) แต่ละข้อมีข้อคำถาม 4 คำตอบ คือ บ่อย ก่อนข้าง บ่อย บางครั้ง และไม่เคย ให้เลือกตรงกับความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ยกเว้นข้อคำถามที่ 20 มีให้เลือก 2 คำตอบคือ ไม่เคยและเคย ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าคะแนน 0-60 คะแนน หากมีคะแนน 25 คะแนนขึ้นไป หมายถึง น่าจะมีภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้าในระยะแรกควรจะได้รับ การดูแลช่วยเหลือ และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง น่าจะมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ดวงใจ กสานติกุล และคณะ, 2540)

ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า ในชา วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องการการยอมรับ และต้องการการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ซึ่งหากไม่ได้รับการตอบสนองอาจจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Santrock, 2014) โดยจากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ขาดทักษะด้าน จิตสังคม ทั้งจากการทำหน้าที่ของครอบครัว รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ขาดความผูกพัน ใกล้เคียงกับเพื่อนหรือคนรัก (ฉันทนา แรงสิงห์, 2554; นวลจิรา จันระลักษณะ, ทัศนาก ทวีคุณ และโสภณ แสง อ่อน, 2558) วัยรุ่นที่มีผลการเรียนต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (ฉันทนา แรงสิงห์, 2554; จิตวิ แก้ว พรสวรรค์ และเบญจพร ดันตสุติ, 2555) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนของบุคคลที่ ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล โดยเบค (Beck, 2011) กล่าวว่า ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของ บุคคลเกิดจากการรับรู้ และความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ จะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยมีเนื้อหา ของความคิดทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสิ้นหวัง และ ล้มเหลว และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษพบว่า วัยรุ่นที่ขาดทักษะทางด้านการคิด มอง ตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในด้านลบ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า สิ้นหวังและหมด พลังงาน (Beck, Steer, & Gabin, 1988) และการคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Schniering & Rapee, 2004)

สติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC)

ความหมายของสติบำบัด

จอห์น คาบัต-ซินน์ (Kabat-Zinn, 2003) กล่าวว่า สติ (Mindfulness) หมายถึง การคงไว้ซึ่งการรู้ตัว

โครี ดี มิลเลอร์ (Miller, 2019) กล่าวว่า สติ (Mindfulness) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงช่วงเวลา ปัจจุบัน

สมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, 2025) กล่าวว่า สติ (Mindfulness) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงสภาวะภายในและสภาพแวดล้อมของตนเอง การมีสติสามารถช่วยให้ผู้คนหลีกเลี่ยงนิสัยและการตอบสนองที่ทำลายล้างหรืออัตโนมัติได้โดยการเรียนรู้ที่จะสังเกตความคิด อารมณ์ และประสบการณ์อื่น ๆ ในปัจจุบันโดยไม่ตัดสินหรือตอบสนองต่อสิ่งเหล่านั้น

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (กรมสุขภาพจิต, 2560) กล่าวว่า สติบำบัด (Mindfulness Based Therapy) ในทางจิตวิทยา หมายถึง การฝึกความระลึกรู้ตัวอยู่เสมอเพื่อหยุดความคิดทางลบ ความคิดฟุ้งซ่าน และเพื่อ ผ่อนคลายจิตใจ

โครี ดี มิลเลอร์ (Miller, 2019) กล่าวว่า สติบำบัด (Mindfulness Based Therapy) หมายถึงการเพิ่ม การรับรู้ของบุคคลต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ขัดขวางความก้าวหน้าของบุคคล เมื่อบุคคลมีการ

ฝึกสติบำบัด บุคคลจะสามารถเห็นมุมมองต่าง ๆ ในตัวเอง เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยน และสามารถเลือกวิธีในการตอบสนองได้

แนวคิดของโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC)

สติบำบัด หรือที่เรียกในชื่อเต็มว่า การบำบัดและให้คำปรึกษาที่ใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC) มีพื้นฐานมาจากจิตวิทยาสติ (Mindfulness Psychology) โดยใช้หลักจิตวิทยาและประสาทวิทยา เป็นการประยุกต์สมาธิและสติ ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานในการพัฒนาจิตตามพุทธธรรม แต่นำมาใช้ในทางโลกเพื่อลดความทุกข์หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียดและยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิตรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย จัดว่าเป็นการใช้พุทธธรรมในทางโลกโดยไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา

โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC)

โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC) พัฒนาโดยนายแพทย์ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ โดยพัฒนาจากโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR) ที่พัฒนาโดย Jon Kabat-Zinn (2522) และผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาความสุขในองค์กรที่มีอยู่เดิม และได้จัดอบรมให้แก่บุคลากรสหวิชาชีพของกรมสุขภาพจิตเพื่อให้นำสติและสมาธิ ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมสติบำบัดสามารถนำไปใช้ในการอบรมการพัฒนาสติและสมาธิแก่ประชาชน จนเป็นผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดการพัฒนาสมอง เกิดแง่มุมใหม่ต่อชีวิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น (คู่มือสติบำบัด, 2567) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) อ้างอิงจากวิภาวี เผ่ากัณฑ์กรและนภา จิรัฐจินตนา (2564) เท่ากับ 0.94

โปรแกรมสติบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที (คู่มือสติบำบัด, 2567)

โดยกิจกรรมแบ่งเป็น

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1) การจัดการกับความวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)

ประเด็นที่สำคัญ คือ

- การตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสัมพันธ์กับสภาวะจิต
- อารมณ์และความเครียด รวมทั้งผลต่อร่างกายและจิตใจ
- สมาธิสามารถลดความวุ่นใจ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2) การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)

ประเด็นสำคัญ

- สติจะช่วยให้ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ
- สติตามกิจภายนอก และสภาวะภายใน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3) การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย)

ประเด็นสำคัญ

- มีสติและปล่อยวางความรู้สึกที่รุนแรง
- การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) เพื่อฝึกดูความรู้สึก และพินิจความรู้สึก
- การซักซ้อมทางใจ (Rehearsal) เรื่องที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงเพื่อการเปลี่ยนแปลงและปล่อยวางความรู้สึกด้วยการพินิจความรู้สึก

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4) การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง (การฝึกคิดป้ายความคิด)

ประเด็นสำคัญ

- มีสติรู้ความคิด ช่วยให้แยกความคิดทางลบจากความจริง
- ทบทวนตนเองด้วยการค้นหาความคิดลบ และทบทวนกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อรู้ที่มาของความคิดลบ
- มีสติเห็นความคิดลบที่มาจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเรียนรู้ที่จะปล่อยวาง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5) การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงในด้านบวกของสัมพันธภาพ)

ประเด็นสำคัญ

- สัมพันธภาพมีผลโดยตรงจากความคิดที่มีต่ออีกฝ่ายหากคิดลบก็จะมีผลในการบั่นทอนสัมพันธภาพ
- การใคร่ครวญสัมพันธภาพอย่างมรสติ หลังปล่อยวางความคิดหรือความรู้สึกลบ จะช่วยให้เข้าใจสัมพันธภาพตามความเป็นจริงในทางบวกยิ่งขึ้น

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6) การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

ประเด็นสำคัญ

- ปัญหามากมายเกิดขึ้นจากการสื่อสารทางลบโดยไม่รู้ตัว
- การสื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูดและภาษาท่าทางช่วยให้จัดการชีวิตได้ดีขึ้น

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 7) การฝึกสติเมตตาและให้อภัย (การฝึกเมตตาตนเองและผู้อื่น)

ประเด็นสำคัญ

- ด้วยจิตที่สงบและปล่อยวางจะสามารถให้อภัยและเมตตาได้อย่างลึกซึ้ง
- การเมตตาตนเอง ช่วยให้รู้สึกมั่นคงและยอมรับตนเอง
- การให้อภัยและเมตตาผู้อื่น ช่วยลดความขุ่นเคืองใจและทำให้จิตใจเปิดกว้าง

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 8) ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนปรับตัวในระยะยาว)

ประเด็นสำคัญ

- รู้ทันถึงความเสี่ยงและอาการของความเสี่ยงที่จะกลับมาได้อีก
- การมีสติจะช่วยรักษาสมดุลของชีวิต ช่วยป้องกันความเสี่ยงและช่วยให้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้
อย่างสงบมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัด 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในจังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2568 โดยผู้วิจัยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. สถานที่เก็บข้อมูล
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถานที่เก็บข้อมูล

โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2568 ภาคเรียนที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2568 ภาคเรียนที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 42 คน จากนั้นห้องเรียนของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก โดยสุ่มห้องเรียนที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน และห้องเรียนที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ

1.1 นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4

1.2 นักเรียนอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนน
คัดกรองโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for
epidemiologic studies-depression scale [CES-D])

1.3 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

1.4 ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดมาก่อน

2. เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ

2.1 มีประวัติป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัย เช่น โรคจิตเภท โรค
ซึมเศร้า เป็นต้น

2.2 นักเรียนที่ได้รับยารักษาอาการป่วยทางจิต

3. เกณฑ์การยุติการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ

3.1 นักเรียนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ หรือไม่
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 2 ครั้ง และปฏิเสธการเข้าร่วม
โปรแกรมหลังจากการเข้าร่วมโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง

3.2 นักเรียนสูญหาย ย้ายบ้าน บ้านโรงเรียนลาออก หรือติดต่อไม่ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้หลักการวิเคราะห์ค่า
อิทธิพลของกลาส (Glass, 1981) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power version 3.1 (Faul et al.,
2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการ
วิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยอ้างอิงผลการศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2555)
คำนวณค่าขนาดอิทธิพล จากสูตร Glass (1981) ดังนี้

$$d = \frac{|\bar{x}_e - \bar{x}_c|}{S.D._c}$$

d	= Effect size
$\bar{x}_e$	= Mean of experimental group
$\bar{x}_c$	= Mean of control group
$S.D._c$	= Standard deviation of control group

G*power version 3.1 (Faul et al., 2007) โดย
กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 80 ค่าระดับนัยสำคัญ $(\alpha) = .05$ ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย
กลุ่มละ 17 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมวิจัย (drop out) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน

การดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีการสอนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตั้งอยู่ในจังหวัดเชียงราย มีนโยบายและระบบการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านมาและภาคการศึกษาปัจจุบัน ไม่มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ ซึ่งได้โรงเรียนมัธยมศึกษาที่เข้าเกณฑ์ 3 แห่ง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยทำการสุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 1 โรงเรียน ลำดับต่อไปผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เป็นระดับชั้นของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เป็นระดับชั้นของมัธยมศึกษาตอนปลายที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านระบบการเรียนที่แยกตามความถนัดและสนใจ มีการย้ายโรงเรียนจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสู่โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อน อีกทั้งระบบการศึกษาที่มีเนื้อหาการเรียนที่มีความเข้มข้นมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การแข่งขันในการเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาในขณะที่ต้องการ นอกจากนี้นักเรียนยังประสบกับความคาดหวังของครอบครัวและสังคมรวมถึงแรงกดดันในตนเองที่จะวางแผนรูปแบบและกำหนดอนาคตด้านการศึกษาของตน หากนักเรียนไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้ จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด และทำการสุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มห้องเรียน โดยห้องเรียนที่สุ่มได้ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม และห้องเรียนที่สุ่มได้ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC) โดย นายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมณ์สานต์ (2558) ตามแนวคิดของ Jon Kabat-Zinn (1979) โดยโปรแกรมสติบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ (คู่มือสติบำบัด, 2567) โดยกิจกรรมแบ่งเป็น

- | | |
|---------------------|---|
| สัปดาห์ที่ 1 | กิจกรรมที่ 1) การจัดการกับความวุ่นด้วยการฝึกสมาธิ เพื่อตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด และการเรียนรู้ในการฝึกสมาธิเพื่อลดความวุ่นใจจิตใจ |
| สัปดาห์ที่ 2 | กิจกรรมที่ 2) การดำเนินชีวิตด้วยสติ เพื่อความสงบในจิตใจเพื่อช่วยในการวางแผนชีวิต |
| สัปดาห์ที่ 3 | กิจกรรมที่ 3) การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ มีสติกับความรู้สึกทั่วร่างกายและเรียนรู้ในการปล่อยวางอารมณ์ที่เกิดขึ้น |

- สัปดาห์ที่ 4** กิจกรรมที่ 4) การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง มีสติในการรู้คิด แยกแยะระหว่างความคิดและความจริงได้ และเรียนรู้ที่จะปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้น
- สัปดาห์ที่ 5** กิจกรรมที่ 5) การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ ใคร่ครวญสัมพันธ์ภาพอย่างมีสติ ปล่อยวางความคิดทางลบเพื่อเข้าใจสัมพันธ์ภาพในความเป็นจริงทางบวกยิ่งขึ้น
- สัปดาห์ที่ 6** กิจกรรมที่ 6) การปรับการสื่อสาร สื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูดและท่าทาง
- สัปดาห์ที่ 7** กิจกรรมที่ 7) การเมตตาและให้อภัย ด้วยการให้เมตตาตัวเองและให้อภัยประสบการณ์ที่เจ็บปวด
- สัปดาห์ที่ 8** กิจกรรมที่ 8) ชีวิตต้องเดินหน้า มองสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติ รู้เท่าทันถึงความเครียดที่เผชิญ และใช้สติในการรักษาสมดุลของชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกสมาธิ ระยะเวลาในการฝึก

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์วิจัยด้านการระบาดวิทยา (Center for epidemiologic studies) ประเทศสหรัฐอเมริกาในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อแยกวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปีที่มีอาการซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้า แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อุมพร ตรีงคสมบัติและคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า Likert 4 ระดับ ได้แก่ 0 (ไม่เลย) – 3 (ตลอดเวลา) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 – 60 คะแนน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .86 เกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้าอยู่ที่จุดตัดคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน และมีการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในนักเรียนอายุ 15-18 ปี จำนวน 74 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .86 (ถิรนนท์ ผิวผา, 2560)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำไปทดสอบกับนักเรียนวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม และการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เสียเวลา ไม่สะดวกสบาย ผู้เข้าวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ โดยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะระมัดระวังบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว เก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

2 การตอบแทน ชดเชย ค่าป่วยการ การดูแลรักษาและแก้ปัญหาอื่น ๆ กรณีที่เกิดผลแทรกซ้อนแก่ผู้วิจัย

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ แต่หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีเรื่องไม่สบายจากการเข้าร่วมโปรแกรม หรือตอบแบบสอบถาม สามารถเข้ารับคำปรึกษาจากอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยจัดเตรียมโครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและประสานงานกับสถานศึกษา เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการสู่โรงเรียนที่มีการสอนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตั้งอยู่ในจังหวัดเชียงราย มีนโยบายและระบบการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านมาและภาคการศึกษาปัจจุบันไม่มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ จำนวน 1 โรงเรียน หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับคุณครูหรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายให้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการทดลอง ระยะเวลาการทดลอง รวมถึงขั้นตอนของการคัดกลุ่มตัวอย่าง สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยรายละเอียดในหนังสือขออนุญาตจากผู้ปกครอง จะชี้แจงถึงกิจกรรมที่นักเรียนต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัย สถานที่ ระยะเวลาซึ่งอาจต้องเข้าร่วมกิจกรรมนอกเหนือจากตารางเรียน และการติดตามผลหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน โดยนักเรียนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากนักเรียนสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้นักเรียนลงนามยินยอมและนำเอกสารการยินยอมสำหรับผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองลงนามเพื่อยินยอมให้บุตรเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และทำการนัดหมายอีกครั้งเพื่อผู้วิจัยทำการรวบรวมเอกสารยินยอมจากผู้ปกครอง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองนักเรียนที่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตและไม่ได้รับยารักษาอาการทางจิต อีกทั้งยังไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดมาก่อน ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) เพื่อคัดกรองนักเรียนที่มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน ที่แสดงถึงนักเรียนอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด ลำดับต่อไปผู้วิจัยจะดำเนินการสู่โรงเรียนเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมจำนวนนักเรียนที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 42 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการสู่ห้องเรียน โดยห้องเรียนที่สุ่มได้ครั้งที่ 1

เป็นกลุ่มควบคุม เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนตามปกติ ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการให้คำปรึกษาทั่ว ๆ ไป และห้องเรียนที่สุ่มได้ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด จะได้รับการกรอกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนคะแนนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) ที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำไปแล้วในขั้นตอนในการพิจารณาคะแนนสำหรับเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์คัดเข้า คะแนนในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเหล่านั้น ผู้วิจัยจะนำคะแนนมาพิจารณาเป็นคะแนนระยะก่อนทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยปรึกษาคุณครูประจำชั้นที่เป็นห้องเรียนกลุ่มทดลอง ถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะสามารถทำกิจกรรมได้โดยไม่กระทบกับการเรียน โดยจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยจะนัดกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมตามโปรแกรม การดำเนินการทดลองเป็นไปตามโปรแกรมที่กำหนดทั้งหมด 8 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 90 -120 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายที่เป็นไปตามเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองมีจำนวน 21 คน จะทำแบบประเมินโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) ในสัปดาห์ที่ 8 หลังกิจกรรมของโปรแกรมสิ้นสุดทันที และติดตามภายหลังจบกิจกรรมของโปรแกรมในเดือนที่ 1

การวิเคราะห์

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์เชิงบรรยาย ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ทั้งความแตกต่างภายในกลุ่มและความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศติเพื่อสุขภาพต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการพัฒนาศติเพื่อสุขภาพต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการบ้านให้ไปฝึกทำที่บ้านทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน และกลุ่มควบซึ่งได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน โดยผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า เป็นวัยรุ่นตอนปลายกลุ่มละ 21 ราย รวมจำนวน 42 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2568 และมีการวัดระดับภาวะซึมเศร้าก่อน หลังการทดลอง (the pretest-posttest control group) และหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi square test รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบในระบะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและในระบะ 1 เดือนภายหลังการทดลอง รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2 และรูปภาพ 2

ตอนที่ 3 ทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบในระบะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและในระบะ 1 เดือนภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ในตาราง 3 และ Bonferroni ในตาราง 4

ตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ เกรดเฉลี่ย สถานภาพสมรสของบิดามารดา สถานภาพของบิดา สถานภาพของมารดา ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู ระดับการศึกษาของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู อาชีพของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู รูปแบบการพักอาศัย จำนวนเงินที่ท่านได้รับเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ที่ท่านได้รับ ท่านมีเพื่อนสนิท และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย ในระหว่างการทดลองไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi square test รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi square test ของข้อมูลส่วนบุคคล (n=42)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n= 21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.1114	0.739*
ชาย	7	33.33	6	28.57		
หญิง	14	66.67	15	71.43		
อายุ					-	-
15 – 17 ปี	21	100	21	100		
18 – 21 ปี	0	0	0	0		
เกรดเฉลี่ย					0.4810	0.975*
น้อยกว่า 2.00	1	4.76	1	4.76		>0.999**
2.00 – 2.50	4	19.05	5	23.81		
2.51 – 3.00	9	42.86	8	38.10		
3.01 – 3.50	4	19.05	5	23.81		
มากกว่า 3.50	3	14.29	2	9.52		
สถานภาพสมรสของบิดา					0.3889	0.533*
มารดา						
สมรส	11	52.38	13	61.90		
หม้าย/หย่า	10	47.62	8	38.10		
สถานภาพของบิดา					0.4667	0.495*
มีชีวิตอยู่	14	66.67	16	76.19		
เสียชีวิต	7	33.33	5	23.81		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi square test ของ ข้อมูลส่วนบุคคล (n=42) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n= 21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพของมารดา					0.6176	0.432*
มีชีวิตอยู่	16	76.19	18	85.71		
เสียชีวิต	5	23.81	3	14.29		
ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู					2.8667	0.580*
บิดามารดา	13	61.90	13	61.90		0.697**
บิดา	1	4.76	3	14.29		
มารดา	4	19.05	2	9.52		
ญาติ	2	9.52	3	14.29		
อื่นๆ	1	4.76	0	0.00		
ระดับการศึกษาของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู					1.1111	0.953*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	19.05	5	23.81		>0.999**
ประถมศึกษา	8	38.10	8	38.10		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	19.05	4	19.05		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	14.29	3	14.29		
ปวส./อนุปริญญา	1	4.76	1	4.76		
ปริญญาตรี	1	4.76	0	0.00		
อาชีพของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู					0.1101	0.991*
เกษตรกร	7	33.33	8	38.10		>0.999**
รับจ้าง	12	57.14	11	52.38		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1	4.76	1	4.76		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.76	1	4.76		
รูปแบบการพักอาศัย					1.7594	0.780*
พักอาศัยกับบิดามารดา	6	28.57	8	38.10		0.920**
พักอาศัยกับบิดาหรือมารดา	11	52.38	8	38.10		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi square test ของข้อมูลส่วนบุคคล (n=42) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n= 21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พักอาศัยกับพี่น้อง	0	0.00	1	4.76		
พักอาศัยกับญาติ	2	9.52	2	9.52		
อื่นๆ	2	9.52	2	9.52		
จำนวนเงินที่ท่านได้รับเฉลี่ยต่อเดือน					1.1000	0.777*
น้อยกว่า 10,000	11	52.38	13	61.90		0.791**
10,000 – 15,000	6	28.57	4	19.05		
15,001 – 20,000	2	9.52	1	4.76		
20,001 – 25,000	2	9.52	3	14.29		
แหล่งที่มาของรายได้					0.4318	0.806*
ทำงานด้วยตนเอง	7	33.33	9	42.86		0.899**
บิดามารดา	12	57.14	10	47.62		
ญาติ	2	9.52	2	9.52		
ความเพียงพอของรายได้					0.0952	0.758*
เพียงพอ	10	47.62	11	52.38		
ไม่เพียงพอ	11	52.38	10	47.62		
ท่านมีเพื่อนสนิท					0.000	> 0.999
มี	14	66.67	14	66.67		
ไม่มี	7	33.33	7	33.33		

*Chi square test, ** Fisher exact test

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 และร้อยละ 71.43 ด้านอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15 -17 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 100 ด้านเกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51 – 3.00 คิดเป็นร้อยละ 42.86 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51 – 3.00 คิดเป็นร้อยละ 38.10 ด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 52.38 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานะภาพสมรสเป็นร้อยละ 61.90 ด้านสถานภาพของบิดา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพมีชีวิตอยู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67

และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่บิดามีชีวิตอยู่คิดเป็นร้อยละ 76.19 ด้านสถานภาพของมารดา ส่วนใหญ่มีชีวิตอยู่ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 76.19 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่บิดามีชีวิตอยู่คิดเป็นร้อยละ 85.71 ด้านผู้ที่ให้การเลี้ยงดู กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลี้ยงดูโดยบิดามารดาคิดเป็นร้อยละ 61.90 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เลี้ยงดูโดยบิดามารดาคิดเป็นร้อยละ 61.90 ด้านระดับการศึกษาของผู้ให้การเลี้ยงดูของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 38.10 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เรียนระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 38.10

ด้านอาชีพของผู้ให้การเลี้ยงดู ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 57.14 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 52.38 ด้านรูปแบบการพักอาศัย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองพักอาศัยกับบิดา/ มารดา คิดเป็นร้อยละ 52.38 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ระหว่างการพักอาศัยกับบิดามารดาและพักอาศัยกับบิดาหรือมารดาคิดเป็นร้อยละ 38.10 ด้านจำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 52.38 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 61.90 ด้านแหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีรายได้จากบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 57.14 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้จากบิดามารดาคิดเป็นร้อยละ 47.62 ด้านความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 52.38 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 52.38 ด้านเพื่อนสนิท ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีเพื่อนสนิทคิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทคิดเป็นร้อยละ 66.67

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ในส่วน เกรดเฉลี่ย ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู ระดับการศึกษาของผู้ให้การเลี้ยงดู อาชีพของผู้ให้การเลี้ยงดู รูปแบบการพักอาศัย จำนวนเงินที่ทานได้รับเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ เปรียบเทียบกับสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ตอนที่ 2 ข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

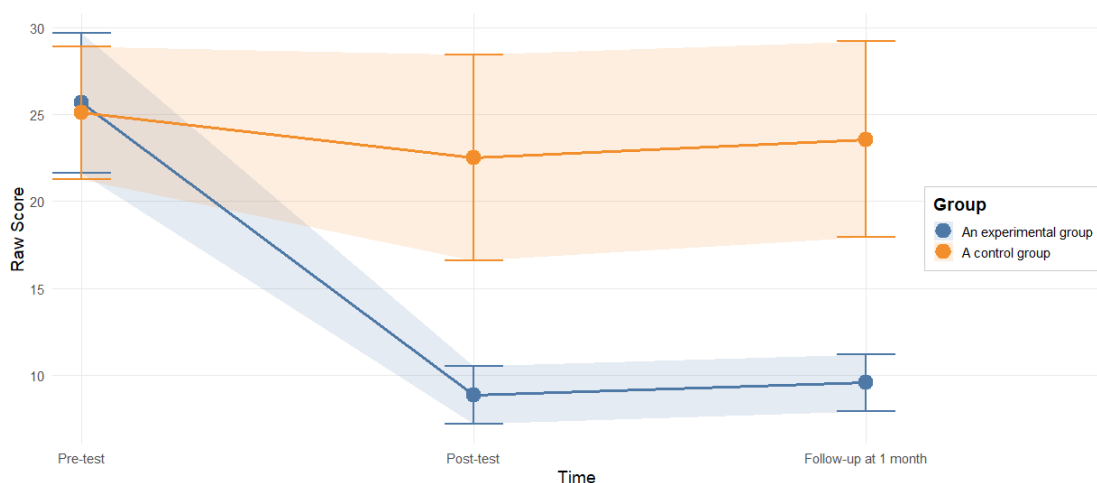
วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน ในระยะก่อนและหลังการทดลองและในระยะ 1 เดือนภายหลังการทดลอง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือนภายหลังการทดลอง

เวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ก่อนทดลอง	25.67	8.84	25.10	8.38
หลังทดลองทันที	8.86	3.69	22.52	13.00
ระยะติดตาม 1 เดือน	9.57	3.59	23.57	12.36

จากตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองจากช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 60 คะแนน ในช่วงก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า $[M(SD) = 25.67(8.84)]$ หลังการทดลองสิ้นสุดทันทีที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง $[M(SD) = 8.86(3.69)]$ และ 1 เดือนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย $[M(SD) = 9.57(3.59)]$ ในกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า $[M(SD) = 25.10(8.38)]$ หลังการทดลองสิ้นสุดทันทีที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง $[M(SD) = 22.53(13.00)]$ และ ระยะติดตาม 1 เดือนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย $[M(SD) = 23.57(12.36)]$

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และในระยะ 1 เดือนภายหลังการทดลอง



จากภาพที่ 1 พบว่า ในระยะก่อนทดลอง คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่ในระยะหลังการทดลองทันที และในระยะ 1 เดือนภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 ทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 21 คนในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตาม 1 เดือนภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ในตารางที่ 3 และ Bonferroni ในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม (time)	2412.05	1.13*	2129.65	23.44	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	4116.89	45.30*	90.87		
ระหว่างกลุ่ม (group)	2569.53	1.00	2569.53	17.66	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	5819.68	40.00	145.49		
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (time*group)	1453.06	1.13*	1282.94	14.12	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	4116.89	45.30*	90.87		

SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

จากตารางที่ 3 ตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (time group interaction) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.12, p < .001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธี Bonferroni

เวลา	ระยะ	Mean difference	SE	95% Confidence Interval		p-value*
				for Difference		
				Lower	Upper	
				Bound	Bound	
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	9.69	1.90	4.94	14.45	<0.001
ทดลอง	1 เดือนหลังการทดลอง	8.81	1.85	4.19	13.43	<0.001
หลังการทดลอง	1 เดือนหลังการทดลอง	-0.88	0.56	-2.27	0.51	0.363

*Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 จำนวนจำนวน 2 คู่ คือ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายระยะหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายระยะติดตาม 1 เดือนหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ในขณะที่ระยะติดตาม 1 เดือนหลังการทดลอง และระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.363

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด และภายในกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 2. เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการคัดกรองจากแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) และมีค่าภาวะซึมเศร้ามากกว่า 22 คะแนน จำนวน 42 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 2. ประเมินโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC) โดย นายแพทย์ ชยยุทธ วงศ์ภิรมณ์สานต์ (2558) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ประกอบด้วย กิจกรรมการจัดการกับความวุ่นวายด้วยการฝึกสมาธิ กิจกรรมการดำเนินชีวิตด้วยสติ กิจกรรมการรู้จักปล่อยวางอารมณ์ กิจกรรมการรู้ทันความคิดและปล่อยวาง กิจกรรมการทบทวนสัมพันธภาพใหม่ กิจกรรมการปรับการสื่อสาร การเมตตาและให้อภัย และกิจกรรมชีวิตต้องเดินหน้า โดยใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์เชิงบรรยาย ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ทั้งความแตกต่างภายในกลุ่มและความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ข้อสรุปจากการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะเดียวกันในระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มน้อยกว่าก่อนทดลองแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .363$)

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามจำนวนหลายชุด ที่วัดในกลุ่มเดียวกันแต่ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (Repeated Measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. เชื่อว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะเดียวกันในระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มน้อยกว่าก่อนทดลองแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .363$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าหลังจากได้รับโปรแกรมสติบำบัด ทำให้บุคคลเหล่านี้มีสติรู้เท่าทันตนเอง อยู่กับปัจจุบันส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ พบว่าโปรแกรมMindfulness- Based Cognitive therapy (MBCT) จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ปัจจุบัน ลดการตอบสนองเชิงลบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง MBCT มีศักยภาพสูงในการป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ, 2025) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Naibili และ Permana พบว่าโปรแกรมสติบำบัด (MBCT) สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Naibili & Permana, 2020) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม (สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ, 2560) และการศึกษาของพรเพ็ญ อารีกิจ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (พรเพ็ญ อารีกิจ, 2555) อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะติดตาม 1 เดือนสูงขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นช่วงที่มีการแข่งขันระดับโรงเรียนในด้านทักษะภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมในการแข่งขันดังกล่าว ซึ่งจากการวิจัยของรัตน มาฆะสวัสดิ์ พบว่าความเครียดในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับภาวะซึมเศร้า (รัตน มาพะสวัสดิ์, 2564) นอกจากนี้การฝึกสตินั้นเป็นโปรแกรมที่ออกแบบให้สมาชิกได้ฝึกสติตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติจริงในระยะเวลา 8 ครั้งของโปรแกรม ดังนั้นค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีจึงมีความแตกต่างกัน และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 เดือน กลุ่มทดลองได้มีเวลาในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าการฝึกจิตที่มีสติต้องอาศัยระยะเวลาในการฝึกและพัฒนา ซึ่งการฝึกภายในระยะเวลา 8 ครั้งอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาสติให้มีการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยรุ่น ที่เพิ่งได้เรียนรู้การฝึกสติขั้นพื้นฐานเท่านั้น จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะติดตาม 1 เดือน มีแนวโน้มน้อยกว่าก่อนทดลอง ถึงแม้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2. เชื่อว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ภายหลังได้รับโปรแกรมสติบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองและหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิจัยครั้งนี้คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากโปรแกรมสติบำบัดช่วยให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจความเป็นไปของความคิด การหยุดความคิดที่ฟุ้งซ่าน การอยู่กับปัจจุบัน เรียนรู้การปล่อยวางความคิดลบ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ (กลุ่มที่ปริกษากรมสุขภาพจิต, 2556) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้บูรณาการความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมมาใช้ในชีวิตประจำวันส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Segal และคณะ ที่พบว่า MBCT ช่วยลดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ (Segal et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน (สมจิตร เสริมทองทิพย์ และคณะ, 2560)

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรพัฒนาและนำรูปแบบของโปรแกรมสติบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอาการของภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ควรมีการส่งเสริมให้คุณครู หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในเรื่องสุขภาพจิตในโรงเรียนนำรูปแบบโปรแกรมสติบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติเชิงรุกให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน โดยเน้นในเรื่องการส่งเสริมการมีสติในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขจิตที่ดี

ด้านการวิจัย

1. โปรแกรมสติบำบัดเป็นการฝึกสติที่จำเป็นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงควรมีการนำกิจกรรมไปจัดให้กลุ่มตัวอย่างซ้ำภายหลังกิจกรรม
2. ควรมีการนำโปรแกรมสติบำบัดมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย กลุ่มบุคคลทั่วไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2565). *สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น (ตอนที่1)*. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567 จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2503>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (กันยายน 2560). *สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIO)*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. หน้า 8 – 9 และ 19 – 27. <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/176>
- เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 40(1).
- นันทนา แรงสิงห์. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 42-56.
- จิตวี แก้วพรสวรรค์ และเบญจพร ดันตสุติ. (2555). ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 395-402.
- ดวงใจ กสานติกุล และคณะ. (2540). แบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 80(10), 647-657.
- ถิรนนท์ ผิวผา. (2560). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีรภัทร์ ลักษณินาวิน. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 59-73. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/258574/176977>
- ธีรภัทร์ ลักษณินาวิน. (2023). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3). สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/258574>
- นัชรินทร์ เชื้อบ้านเกาะ และเพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ. (2562). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 421-432

- นันท์ชนก วงษ์สมุทร. (2560). “สติบำบัด”: ทางเลือกใหม่รักษาโรคซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://www.bbc.com/thai/40115831>
- นวลจิรา จันระลักษณะ, ทศนา ทวีคุณ และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 42-56.
- ปัทมาภรณ์ บุญทัน, สุริย์พันธุ์ วรพงศธร และธวัชชัย วรพงศธร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร. *วารสารรามคำแหง ฉบับคณะศึกษาศาสตร์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 1(2). Retrieved from <https://so18.tci-thaijo.org/index.php/RUEDU/article/view/406/236>
- พรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 71-80.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2567). คู่มือสติบำบัด *Mindfulness based therapy and counselling (MBTC) manual* (พิมพ์ครั้งที่ 5). โครงการรณรงค์จัดการความรู้การดูแลพฤติกรรมและจิตสังคมในระบบสาธารณสุขระยะที่ 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตนา มาณะสวัสดิ์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 528-540. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251406/171371>
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 1-12.
- วิภาวี เผ่ากันทรากกร และนภา จิรัฐจินตนา. (2564). ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(4), 286-296. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2567 จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/247270/170787/954497>
- ศตวรรษ มูลสอน, ชนัดดา แนนเกษร, พิชามณัฐ อิทะพุด และ สาวิตรี หลักทอง. (2566). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 18(1), 1-7. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/14397/12325>
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เดือนมกราคม 2567. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2567 จาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/

- อุมาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ The center for epidemiological studies depression scale [CES-D] ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น . *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1),2-13.
- Atorkey, P. & Owiredua, C. (2021). Clustering of multiple health risk behaviours and association with socio-demographic characteristics and psychological distress among adolescents in Ghana: A latent class analysis. *SSM-population Health*, 13 (2021) 100707. doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100707
- Asante, K. O., Kugbey, N., Osafo, J., Quarshie, E. N.-B., & Sarfo, J. O. (2017). The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. *SSM-population health*, 3, 427–434. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.005>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, G. (1988). Psychometric properties of the Beck intervention. *Clinical psychological Review*, 8(1). 77-100.
- Chi X, Bo, A., Liu, T., Zhang, P., & Chi, I. (2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 9(1034). doi: 10.3389/fpsyg.2018.01034
- Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gupta, S., Das, S., Das, M., Banerjee, D., Neogi, R., & Mukherjee, S. (2023). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress among high school students in. block of Hooghly district, West Bengal: Across-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12. http://dx.doi.org/10.4103/jehp_1769_22
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: a systematic review. *Springer*, 12, 1-28. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-020-015000-9>
- Louw, D. A., & Louw, A., E. (2020). *Child and adolescent development* (e-book). Bloemfontein: Sunbonani Books. <http://doi.org/10.18820/9781928424475>

- Nakie, G., Segon, T., Melkam, M., Desalegn, G. T., & Zeleke, T. A. (2021). Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among high school students in, Northwest Ethiopia, 2021. *BMC Psychiatry*, 22(739). <http://dx.doi.org/10.1186-022-04393-1>
- Naibili, M., & Permana, I. (2020). Effectiveness of mindfulness- based cognitive therapy (MBCT) Towards depression. *Journal of Nursing Science*, 8(1) :35-42. doi:10.2177 6/ ub.jik.2020.008.01.6.
- Nirudya, V., M, M. R., Chandrasekhar, R. S., A, P., & V., M. R. (2023). Prevalence of depression in school-going adolescents and its impact on scholastic performance: A cross-sectional study. *Cureus*, 15(4). <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.38340>. Retrieved February 25, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10228834/pdf/cureus-0015-00000038340.pdf>
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. (M. Cook, Trans.). W. W. Norton & Co. <https://doi.org/10.1037/11494-000>
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford.
- Unicef. (2022). ยูนิเซฟและกรมสุขภาพจิตชี้สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยน่าเป็นห่วง ต้องยกระดับบริการสุขภาพจิตโดยด่วน. สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม 2567 จาก <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/ยูนิเซฟและกรมสุขภาพจิตชี้สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยน่าเป็นห่วง>
- World Health Organization. (2021). *Mental Health of Adolescents*. Retrieved February 25, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Emotional%20disorders&text=Depression%20is%20estimated%20to%20occur,affect%20school%20attendance%20and%20schoolwork>.
- World Health Organization. (2023). *Depressive Disorder (Depression)*. Retrieved February 25, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent Health*. Retrieved March 6, 2024, from https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

ภาคผนวก

ที่ ขร ๐๐๓๓.๐๑๘/๕๑๖๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ถ.เชียงราย-เทิง จ.เชียงราย ๕๗๐๐๐

๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ส่งเอกสารใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่หน่วยงานของท่าน ขอพิจารณารายงานส่วนที่แก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของ นางสาวณิชาณต์ คันธะวงศ์ ตำแหน่ง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่โครงการวิจัย ๑๓๗/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้พิจารณาแล้วเห็นว่า รายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นงานวิจัยที่มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ อีกทั้งวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์แล้ว จึงอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอต่อคณะกรรมการ จึงอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอต่อคณะกรรมการ

เมื่อผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการแล้ว ขอให้รายงานความก้าวหน้าของการวิจัยให้คณะกรรมการรับทราบตามเอกสาร (แบบรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และให้จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เป็น PDF File ส่งในระบบจริยธรรมวิจัยเชียงรายออนไลน์ ทางลิงค์ <https://cro.moph.go.th/ethics-cr/web/index.php> หรือสแกนคิวอาร์โค้ดท้ายหนังสือฉบับนี้ ส่งให้กลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ภายใน ๓ เดือน หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายสมชาย คุ้มใจใจ)

นักวิทยาศาสตร์และแผนกวิชาการพิษสง ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร

โทร. ๐ ๕๓๙๓ ๐๓๒๘

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๐๓๔๕



QR-Code เว็บไซต์จริยธรรมวิจัยเชียงราย



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

COA No.064/2568
CRPPHO REC No.137/2567

สำนักงานคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 424 หมู่ 5 บ้านหนองยาว ตำบลท่าสาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
รหัสไปรษณีย์ 57000 โทร. 053-910-328

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว คณะกรรมการมีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนด ภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
เลขที่โครงการ : CRPPHO 137/2567
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณิกานต์ คันธะวงศ์
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร็ว
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง
1. โครงร่างการวิจัย (ฉบับแก้ไขเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2568)
2. หนังสือแจ้งข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย (ฉบับแก้ไขเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2568)
3. ใบยินยอมให้ทำการวิจัย (ฉบับแก้ไขเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2568)

(นายเอกชัย คำลือ)

ประธานคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 6 พฤษภาคม 2568

วันหมดอายุ : 9 มกราคม 2569

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เลขที่แบบสอบถาม.....

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับท่าน โดยการเติมข้อความ หรือทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่อง ☐

1. เพศ

☐ ชาย☐ หญิง

2. อายุ

☐ อายุ 15-17 ปี☐ อายุ 18-21 ปี

3. เกรดเฉลี่ย

☐ น้อยกว่า 2.00☐ 2.00-2.50☐ 2.51-3.00☐ 3.01-3.50☐ มากกว่า 3.50

4. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

☐ สมรส☐ หม้าย/หย่าร้าง/แยก

5. สถานภาพของบิดา

☐ มีชีวิตอยู่☐ เสียชีวิต☐ ไม่ทราบข้อมูล

6. สถานภาพของมารดา

☐ ชีวิตอยู่☐ เสียชีวิต☐ ไม่ทราบข้อมูล

7. ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู

☐ บิดามารดา☐ บิดา☐ มารดา☐ ญาติ☐ อื่นๆ โปรดระบุ...

8. ระดับการศึกษาของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษาตอนต้น☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา☐ ปริญญาตรี☐ สูงกว่าปริญญาตรี

9. อาชีพของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู

☐ เกษตรกรรม☐ รับจ้าง

- ☐ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ พนักงานเอกชน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ ...
- 10.รูปแบบการพักอาศัย
- ☐ พักอาศัยกับบิดามารดา ☐ พักอาศัยกับบิดา/มารดา
☐ พักอาศัยกับพี่น้อง ☐ พักอาศัยกับญาติ
☐ พักอาศัยกับเพื่อน ☐ พักอาศัยคนเดียว
☐ อื่นๆ โปรดระบุ...
- 11.จำนวนเงินที่ท่านได้รับเฉลี่ยต่อเดือน
- ☐ น้อยกว่า 10,000บาทต่อเดือน ☐ 10,001-15,000บาทต่อเดือน
☐ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน ☐ 20,001-25,000 บาทต่อเดือน
☐ มากกว่า 25,000บาทต่อเดือน
- 12.แหล่งที่มาของรายได้
- ☐ ทำงานด้วยตนเอง ☐ บิดามารดา
☐ ญาติ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ...
- 13.ความเพียงพอของรายได้ที่ท่านได้รับ
- ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
- 14.ท่านมีเพื่อนสนิท
- ☐ มี ☐ ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณา / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (< 1 วัน)	นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บ่อย ๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองดีพอ ๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุก ๆ สิ่งที่ทำให้ฉันกระทำได้ต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งลึ้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่เคยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ - สกุล นางสาว ณิชกานต์ คันธะวงศ์

วัน เดือน ปี เกิด 26 เมษายน 2535

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ 17 หมู่ 9 ตำบลเวียงชัย

อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2557 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยนเรศวร

พ.ศ. 2566 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2558-2560 พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

พ.ศ. 2561-2562 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนนทเวช

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

พ.ศ. 2567 - ปัจจุบัน อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ชื่อ - สกุล นายกฤษฎา คำขึ้น

วัน เดือน ปี เกิด 05 มิถุนายน 2530

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ 80 ถนนพหลโยธิน ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2553	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2557	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ 20 สถานศึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2561	การพยาบาลนิติจิตเวช รุ่นที่ 2 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
พ.ศ. 2566	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2553	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2555	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2566	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา
พ.ศ. 2567 – ปัจจุบัน	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ชื่อ – สกุล นางวิภากรณ์ ปัญญาดี
วัน เดือน ปี เกิด 13 กันยายน 2505
ที่อยู่ปัจจุบัน
351 หมู่ 5 ต.รอบเวียง
อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2526	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลลำปาง
พ.ศ. 2530	ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2535	สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2549	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต
พ.ศ. 2563	ประกาศนียบัตรเวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2526- 2530	พยาบาลเทคนิค กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ อำเภอเขียงของ จังหวัดเขียงราย
พ.ศ. 2530-2535	พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ อำเภอเขียงของ จังหวัดเขียงราย
พ.ศ. 2536 -2547	นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลศูนย์เขียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเขียงราย

- พ.ศ. 2548-2561 พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ. 2562-2565 พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช
(กลุ่มการพยาบาล)
โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ. 2567-ปัจจุบัน อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อ - สกุล นางราตรี เครือวรรณ

วัน เดือน ปี เกิด 18 สิงหาคม 2506

ที่อยู่ปัจจุบัน

101ม.1 ต.ช่อแล

อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2528	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระยา
พ.ศ. 2539	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2553	ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2528-2567	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนปรุง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2567 - ปัจจุบัน	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย