วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi
https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

The effects of the cognitive behavioral therapy program on depression of senior high school students at Non Khun District, Si Sa Ket Province

*ศุภากร เหล่าชุมพล, เมรีรัตน์ มั่นวงศ์**

*Supakorn Laochumpon, Mereerat Manwong**

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

**Corresponding Author : mereerat.m@ubu.ac.th*

Received: December 13, 2024 Revised: April 23, 2025 Accepted: April 25, 2025

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของวัยรุ่นซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ การค้นหาแนวทางในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยลดปัญหาพร้อมทั้งสร้างแนวทางให้กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคะแนนประเมินสภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ตั้งแต่ 5-15 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) การเห็นคุณค่าในตนเอง ประเมินด้วยแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเอง (RSES) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จัดเป็นกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรมๆ ละ 45 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม 6.51 คะแนน (95% CI : -7.86, -5.17) และในระยะติดตามผล คะแนนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม 9.06 คะแนน (95% CI : -10.42, -7.70) และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ($p = 0.030$) คะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม 2.00 คะแนน (95% CI : 0.20, 3.80) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ที่สนใจนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ ควรปรับให้เหมาะสมตามบริบทของโรงเรียน การจัดกิจกรรมผู้จัดควรได้รับการอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติในการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุภาวะซึมเศร้าของนักเรียนก่อนเพื่อมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น, การเห็นคุณค่าในตนเอง, การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย, การส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน

Abstract

Depression is a major mental health issue among adolescents, which may lead to suicide. Finding approaches to treat thoughts and behaviors related to depression is a way to help reduce the problem and provide a pathway to return to normal life. This study is a quasi-experimental research aimed to comparing the average depression scores and self-esteem of high school students between an experimental group receiving a cognitive-behavioral therapy (CBT) program and a control group. The sample consisted of students with adolescent depression assessment scores ranging from 5 to 15 points, divided into 35 students in the experimental group and 35 in the control group. Data were collected using the Adolescent Depression Screening Tool (CES-D) and self-esteem was assessed with the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). The CBT program consisted of 8 activities, each lasting 45 minutes, over 8 weeks, with a follow-up period of 4 weeks. The data were analyzed using inferential statistics, with Repeated Measures ANOVA at a significance level of 0.05. The research findings revealed that the average depression score in the experimental group differed significantly from the control group ($p < 0.001$). The score in the experimental group was 6.51 points lower than the control group (95% CI: -7.86, -5.17), and at the follow-up stage, the experimental group's score was 9.06 points lower than the control group (95% CI: -10.42, -7.70). Additionally, the average self-esteem score after participating in the program was significantly higher in the experimental group than in the control group ($p = 0.030$), with a 2.00 points difference (95% CI: 0.20, 3.80). Therefore, individuals interested in applying the CBT program should receive theoretical and practical training in cognitive-behavioral therapy techniques from specialists. Schools can adapt the CBT program to conduct activities for high school students with depression in other areas or incorporate CBT knowledge into their curriculum, tailored to the school's context, to reduce depression problems among students.

Keywords: Adolescent Depression, Self-Esteem, Cognitive-Behavioral Therapy, High School Students, School-Based Mental Health Promotion Program

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะสุขภาพที่ร้ายแรงทำให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบต้องทนทุกข์ทรมานอย่างมากและทำงานได้ไม่ดีในที่ทำงาน ที่โรงเรียนและในครอบครัว ผลกระทบที่เลวร้ายที่สุด คือ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ กว่า 700,000 คน เสียชีวิตเนื่องจากการฆ่าตัวตายทุกปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับสี่ ในอายุ 15 - 29 ปี[1] จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 10 - 19 ปี เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ล้านคน และมีการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วมากกว่า 1 ล้านคน นอกจากนี้จากข้อมูลสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นอายุ 11 - 19 ปี พบว่ามีการโทรศัพท์มาขอคำปรึกษาโดยปัญหา 3 อันดับแรกที่มีการขอคำปรึกษา ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล เรื่องความรัก และภาวะซึมเศร้า[2] ปี พ.ศ. 2565

ประเทศไทยพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ถึง 1.5 ล้านคน โดยผู้ป่วยจำนวน 100 คน สามารถเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คนเท่านั้น และทำให้คนไทยกว่าร้อยละ 70 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นของสังคมไทยเกิดจากหลายปัจจัยโดยสาเหตุของอาการซึมเศร้าสามารถถูกกระตุ้นจากภาวะสูญเสียความมั่นคงทางอารมณ์ ที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การถูกประเมินผลคะแนนสอบ หรือความผิดหวังจากการไม่ได้สิ่งที่ต้องการ นอกจากนี้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความรัก ความสัมพันธ์ และความรู้สึกผิด ก็อาจส่งผลต่อภาวะดังกล่าวได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะของภาวะสูญเสียความมั่นคงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล[3] ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจากด้านความคิดที่เป็นการลดแรงเสริมทางบวก (reduced positive reinforcement) ให้กับตนเองโดยไม่ตั้งใจ เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกผิด การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองได้

ทำให้บุคคลมีความคาดหวังต่อตนในทางลบ[4] ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แม้ว่าการฆ่าตัวตายของเยาวชน จะไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว แต่อุบัติการณ์ที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำมีความเปราะบางทางอารมณ์ที่สูง รวมถึงมีความยากลำบากในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง อายุ 11 - 19 ปี พบว่า พบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 49.8 พบวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิด ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 จากวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายทั้งหมด ร้อยละ 22.5[6] จังหวัดศรีสะเกษตั้งแต่ปี 2560 ถึงปี 2564 พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจำนวนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 20.21, 31.4, 65.26 และ 74.26 ตามลำดับ[7] ในปี 2565 มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าสะสม จำนวน 28,610 คน ที่เข้าถึงบริการในระบบ ในปี 2565[8] ในปี 2566 อำเภอโนนคูณ มีจำนวนสะสมของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในระบบ จำนวน 1503 คน มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 294 คน เพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 24.31[9] และจากการทบทวนวรรณกรรมในพื้นที่อำเภอโนนคูณ พบว่า มีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอโนนคูณ ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 เด็กมีอายุเฉลี่ย 14.58 ปี พบว่าเด็กนักเรียนมีแนวโน้มเป็นภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในช่วงอายุ14-15 ปีหรือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป็นต้นไป แสดงให้เห็นว่าเด็กเริ่มมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ช่วงปลายของมัธยมศึกษาตอนต้นเข้าสู่ช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย[10]

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพ การเรียนรู้ สภาพสังคม การมีส่วนร่วม และเป็นการจำกัดโอกาสของเด็กและวัยรุ่นในการพัฒนาตัวเองได้เต็มศักยภาพ[2] การรักษาจำเป็นต้องอาศัยการปรับวิธีคิด และการสร้างเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ป่วยผ่านวิธีต่าง ๆ พร้อมทั้งการสร้างแนวทางให้กลับไปใช้ชีวิตได้ดังเดิม[3] การบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธีทั้งการใช้กิจกรรมหรือการใช้ยา ซึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกว่า เป็นหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลสูงสุด ไม่ต่างจากการใช้ยารักษาซึมเศร้าเหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางที่สามารถนำกิจกรรมนี้ไปใช้[11] ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy , CBT) เนื่องจากการบำบัดนี้รักษาโดยอาศัยการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา เน้นถึงวิธีคิดของผู้ป่วยที่มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและสรีระของตนเอง ซึ่งจะเน้นให้บุคคลตระหนักถึงความคิด ปรับความคิดทางลบที่ไร้เหตุผลให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล ไม่บิดเบือนจากความเป็นจริงและพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีอารมณ์เศร้าลดลงและมีพฤติกรรมแสดงออกเป็นไปในทางที่ดีขึ้น[12] ดังนั้นเทคนิคนี้จึงถูกนำมาใช้มากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียน เพราะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้อยู่ในรูปแบบของ โปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรมต่าง ๆ 8 - 12 กิจกรรม สามารถปรับให้เข้ากับบริบทและกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ได้[13]และสามารถนำไปใช้ทั้งในรูปแบบกิจกรรมเดี่ยวกิจกรรมกลุ่ม ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า เช่นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ โรงเรียนเป็นฐานในเด็กวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้า[14] การศึกษาการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา[15] ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง และยังพบว่า กลุ่มทดลองรู้สึกพึงพอใจกับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากช่วยแก้ไขอาการซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการทำหน้าที่และปรับตัวทางสังคมได้ รวมทั้งช่วยให้สัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน และการใส่ใจในการเรียนดีขึ้น[14] ดังนั้นการนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

มาใช้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และสามารถปรับเปลี่ยนแนวคิด วิธีการรักษาด้วยตัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เอง

โดยสรุปภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีอยู่จริงหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหานี้จะส่งผลต่อตัวบุคคล เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงส่งผลให้ประเทศชาติขาดทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ จากการสำรวจข้อมูลเรื่องภาวะซึมเศร้าของโรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอโนนคูณ ที่ผ่านมาพบว่ามีแนวโน้มที่เด็กนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งทางโรงเรียนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะประเมินนักเรียนในเรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้าในทุกปี เพื่อคัดกรองเด็กนักเรียนแนวทางในการแก้ปัญหาเบื้องต้นเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับนักเรียนทุกคน ส่วนกลุ่มเด็กนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเจ้าหน้าที่จะให้เข้ามาตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งปัญหาที่ตามมา คือ เด็กนักเรียนไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้เทคนิคและทักษะต่าง ๆ ของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง และการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพิ่มขึ้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลอง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ในกิจกรรมแนะแนวของทางโรงเรียนและได้รับกิจกรรมพื้นฐานการส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2566 ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 332 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2566 ที่มีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ มัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่ศึกษาอยู่ในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ และมีระยะเวลาเข้าเรียนอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษาขึ้นไป

2. มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบสอบถามแบบประเมินสภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents : PHQ-A) ที่มีค่าคะแนน 5 - 9 อยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และคะแนน 10 - 15 อยู่ในภาวะซึมเศร้าปานกลาง[11]

3. สามารถอ่านเขียนและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

ศึกษาในโรงเรียนอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ 70 คน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ Means: Difference between two independent means โดยกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ Mean = 15.83, SD = 4.91 และ Mean = 20.20, SD = 5.86[9] ตามลำดับ กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ 0.90 ระดับนัยสำคัญทาง 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30[12] ดังนั้นการศึกษาต้องการขนาดตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอโนนคูณ จังหวัด ศรีสะเกษ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 โรงเรียน ได้แก่ 1) โรงเรียนบกวิทยาคม (สังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2) โรงเรียนโนนค้อวิทยาคม (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ ยโสธร) และ 3) โรงเรียนโคกสะอาด (สังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น) จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากอย่างง่าย ครั้งที่ 1 เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากอย่างง่าย ครั้งที่ 2 ที่เหลือ 2 โรงเรียน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม

3. แจกแบบประเมินสภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนโนนค้อวิทยาคมที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 210 ฉบับ และโรงเรียนโคกสะอาดที่เป็นกลุ่มควบคุม 140 ฉบับ จากนั้นคัดผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 5 - 15 คะแนน ทั้งสองกลุ่ม ซึ่งนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนโนนค้อวิทยาคม ผ่านเกณฑ์ จำนวน 54 คน และโรงเรียนโคกสะอาดผ่านเกณฑ์ จำนวน 46 คน จากนั้นนำมาสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

4. สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า กลุ่มละ 35 คน เพื่อให้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นคำถามลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง โดยสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นมัธยมศึกษา เกรดเฉลี่ย การอยู่อาศัย สถานภาพของบิดามารดา ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว รายได้ของนักเรียน/สัปดาห์ โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือ

แบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย ของ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[16] ผู้พัฒนา ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละคำถามจะประกอบไปด้วยตัวเลือก 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย ถึง มีอาการ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงของ CES-D โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ วัด Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 มีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82[16]

การเห็นคุณค่าในตนเอง ประเมินด้วยแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self-Esteem Scale : RSES) ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงของ RSES โดยทินกร วงศ์ปการันย์วัด Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 ประกอบด้วย 10 ข้อ คำถาม แต่ละคำถามจะประกอบไปด้วยตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 4 3 2 และ1 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1 2 3 และ 4 การแปลความหมายคะแนน

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 31 - 40 คะแนน เห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง คะแนน 21 - 30 คะแนน เห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คะแนน 10 - 20 คะแนน เห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ[17]

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและ แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค [18] โดยใช้เทคนิคการเขียนรูปแบบปัญหา เทคนิคการกำหนดประเด็นสนทนา เทคนิคการตั้งเป้าหมายในการบำบัด เทคนิคการปรับความคิด เทคนิคการปรับพฤติกรรม และเทคนิคอื่น ๆ เช่น เทคนิคการมอบหมายการบ้าน เทคนิคการแก้ปัญหา

โปรแกรมนี้จัดกิจกรรมต่อเนื่อง จำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที ภายในชั่วโมงการเรียนรายวิชาแนะแนว ในแต่ละสัปดาห์ เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยมีวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากรเป็นผู้จัดกิจกรรม ครูประจำชั้นจะเป็นผู้สังเกตการณ์ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ซึ่งหลังจากจบการทำกิจกรรมในครั้งที่ 2 - 7 จะมีการมอบหมายการบ้านให้รายบุคคล รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 รู้จัก รู้จิต รู้ใจ วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมวิจัยและอาสาสมัคร และรวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้อาสาสมัครได้รู้และเข้าใจปัญหาทางอารมณ์ที่คงอยู่ในตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมทำดีมีสุขและการผ่อนคลาย วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมรู้และเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์ ความคิดปฏิกิริยาทางร่างกายและพฤติกรรม รู้และเข้าใจวิธีผ่อนคลาย การระบุ และการวางแผนกิจกรรมที่น่าพอใจที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกแต่ละวันของตน เกิดความพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักอารมณ์และความคิดและพฤติกรรม วัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครเข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นให้สมเหตุผล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาทางอารมณ์และแก้ปัญหาพฤติกรรมได้

กิจกรรมครั้งที่ 4 รู้เท่าทันความคิด วัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครรู้จักรูปแบบความคิด พฤติกรรม ความคิดที่ส่งผลให้ตนเองเกิดความทุกข์ จากเหตุการณ์จริงหรือหลักฐานที่ชัดเจน ทำให้สามารถจัดการความคิดอย่างสมเหตุสมผล และแก้ปัญหาให้ถูกต้องเหมาะสมตามเป็นจริง

กิจกรรมครั้งที่ 5 ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ วัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครได้ทบทวนความคิดและตั้งคำถามกับตนเอง ช่วยให้อาสาสมัครมองเห็นถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดจากความคิดนั้นตรงตามเหตุผล นำไปสู่การมองหาทางแก้ปัญหาให้เหมาะสมหรือปรับตัวให้อยู่กับปัญหาได้ดีขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 6 ความคิดหวนคืนพูดบอกตนเอง (self-talk) วัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้อาสาสมัครเกิดพลังงานด้านบวกไปยังจิตใต้สำนึกของตน และส่งผลให้แนวคิดที่มีเกี่ยวกับตนเกิดความมั่นคง เข้มแข็งที่จะทำให้ตนบรรลุการใช้ศักยภาพของตนในการปรับเปลี่ยนความคิดและแก้ไขปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 จัดการแก้ไขปัญหา วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้อาสาสมัครสามารถการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม มีการวางแผนหรือสามารถปรับตัวให้อยู่กับปัญหาได้ ทำให้สถานการณ์ปัญหาลดลง ลดความรู้สึกกดดัน ส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก ในการเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 8 ทบทวนความก้าวหน้าและตั้งเป้าหมายในอนาคต วัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครเตรียมความพร้อมในการนำสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและตั้งเป้าหมายในอนาคต จะช่วยให้มั่นใจว่าอาสาสมัครสามารถใช้สิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติใช้ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเศร้า เครียด วิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตปกติทั่วไป

กิจกรรมพื้นฐานที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาจัดกิจกรรม 45 - 60 นาที ภายในชั่วโมงการเรียนรายวิชาแนะแนว ในแต่ละสัปดาห์ จัดกิจกรรม 12 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนได้รับการส่งเสริมทักษะชีวิต วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะซึมเศร้า (universal prevention)โดยเฉพาะทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด และทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลพื้นฐานอาการซึมเศร้า สาเหตุและวิธีการป้องกันและหากพบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะสามารถติดต่อหรือรับคำปรึกษาจากหน่วยงานไหนได้บ้าง ครั้งที่ 2 - 7 กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมแนะแนวจากทางโรงเรียน ครั้งที่ 8 กลุ่มควบคุมเป็นกิจกรรมสรุปผล ครั้งที่ 9 - 11 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมแนะแนวจากทางโรงเรียน และครั้งที่ 12 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมติดตามและประเมินผล

การจัดการและแก้ไขปัญหา Compliance

อาสาสมัครจะได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการเกิด drop out หรือ non-compliance ผู้วิจัยจะมีการแจ้งเตือนอาสาสมัครล่วงหน้า ก่อนถึงวันเข้าร่วมกิจกรรม หากเกิด drop out หรือ loss to follow up ของอาสาสมัครในสัปดาห์นั้นส่งผลให้ขาดการเข้าร่วมบางกิจกรรม ผู้วิจัยจะให้มีการซ่อมในกิจกรรมนั้น ๆ รายบุคคล หากผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย จะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์แบบ Intention-To-Treat

ขั้นดำเนินการ

1. ติดต่อประสานผู้อำนวยการโรงเรียนและคุณครูประจำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ขออนุญาตเก็บข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดในการศึกษา วิธีการดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการประเมินผล

2. ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง

3. ดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 โดย

ประเมินสภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) เป็นแบบประเมิน Self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งกลุ่มที่มีค่าคะแนน 5 - 9 อยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และคะแนน 10 - 15 อยู่ในภาวะซึมเศร้าปานกลาง จะถูกคัดเลือกเข้ามาเพื่อให้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D

4. ใช้แบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะแจกแบบประเมินก่อนจะเริ่มกิจกรรม 1 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. ชี้แจงรายละเอียดของขั้นตอน วิธีการจัดกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบ

7. ดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัคร โดยจัดกิจกรรมในคาบแนะแนว ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ และติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมอีก 4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมจะไม่มีการจัดกิจกรรม จะเป็นการจัดกิจกรรมแนะแนวตามปกติของโรงเรียน

8. การวัดผลวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าจะวัดผลก่อนสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยจะดำเนินการนัดหมายอาสาสมัครเอง โดยนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในคาบแนะแนว และปกปิดข้อมูลของอาสาสมัคร ด้วยการใช้รหัสหมายเลขแทน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมนี้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำโปรแกรมเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตเวช 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของกิจกรรม กับแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการจัดกิจกรรม การเรียงลำดับกิจกรรม ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของโปรแกรมต่อไป โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC แต่ละกิจกรรมได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะประชากร 2 กลุ่ม โดยตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ เกรดเฉลี่ย รายได้ของนักเรียน/สัปดาห์ กรณีแจกแจงปกติใช้ Independent t test กรณีแจกแจงไม่ปกติใช้ Mann -Whitney u test

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนหลังการทดลอง และระยะติดตามหลังทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขหนังสือรับรอง UBU-REC-128/2566 เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมร่วมในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 70 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 35 คนกลุ่มควบคุม 35 คน ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันโดย พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 77.14 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 16 - 17 ปี กลุ่มทดลองพบว่าศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 80.00 กลุ่มควบคุมศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุดร้อยละ 42.86 อยู่อาศัยกับบิดามารดามากกว่าร้อยละ 60.00 สถานภาพของบิดาและมารดาแต่งงานและอยู่ร่วมกันมากกว่าร้อยละ 68.57 สถานะทางเศรษฐกิจคือพอใช้แต่ไม่มีเงินสะสมมากกว่าร้อยละ 51.43 รายได้ของนักเรียนจะอยู่ประมาณ 200 - 500 บาทต่อสัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในครอบครัว และไม่มีเพื่อนเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้ามากที่สุด มากกว่าร้อยละ 91.40 ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเมื่อพิจารณาแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.262$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่าคะแนนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม 6.51 คะแนน (95%CI: -7.86 , -5.17) และในระยะติดตามผล พบว่าคะแนนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม 9.06 คะแนน (95% CI: -10.42, -7.70) ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 1 จะพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มมีการลดลงในระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยในกลุ่มควบคุม จะมีการลดลงเล็กน้อย กลุ่มทดลองจะมีการลดลงเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม และในระยะติดตามผล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.914 [a]
ชาย	4 (11.43)	8 (22.86)	
หญิง	31 (88.57)	27 (77.14)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (Median, $P_{25,}$ P_{75})	16	17	0.002[b]
	(P_{25} = 16	(P_{25} = 16	
	P_{75} = 16)	P_{75} = 18)	
ระดับการศึกษา			0.540[a]
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	28 (80.00)	11 (31.43)	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	5 (14.29)	9 (25.71)	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	2 (5.71)	15 (42.86)	
การอยู่อาศัย			0.168[a]
อาศัยกับบิดามารดา	21 (60.00)	22 (62.86)	
อาศัยกับบิดา	0	1 (2.86)	
อาศัยกับมารดา	5 (14.29)	5 (14.29)	
อาศัยกับปู่ย่า/ตายาย	6 (17.14)	4 (11.43)	
อาศัยกับญาติ	3 (8.57)	3 (8.57)	
สถานภาพของบิดามารดา			0.060[a]
แต่งงานและอยู่ร่วมกัน	24 (68.57)	26 (74.29)	
หม้าย	0	2 (5.71)	
หย่า/แยกทาง	11 (31.43)	6 (17.14)	
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	0	1 (2.86)	
สถานะทางเศรษฐกิจ			0.868[a]
พอใช้และมีเงินสะสม	11 (31.43)	12 (34.29	
พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม	18 (51.43)	20 (57.14)	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	6 (17.14)	3 (8.57)	
รายได้ของนักเรียน/สัปดาห์(Median, P_{25} ,P_{75})	500	200	< 0.001[b]
	(P_{25} = 500	(P_{25} = 100	
	P_{75} = 600)	P_{75} = 300)	

หมายเหตุ [a] chi square test, [b] Mann -Whitney u test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า โปรแกรมไม่มีผลต่อคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม (p = 0.053) การเห็นคุณค่าในตนเองจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.030) โดยพบว่าคะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม 2.00 คะแนน (95% CI: 0.20, 3.80) และในระยะติดตามกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ (p = 0.539) โดยพบว่าคะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม 0.54 คะแนน (95% CI: -1.21, 2.30) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)		Mean diff	P-value	95%CI
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
ภาวะซึมเศร้า	23.27 (0.45)	27.97 (0.45)	-4.71(0.64)	< 0.001	-5.98, -3.43
ก่อน	31.51 (5.76)	30.06 (4.99)	1.46 (1.29)	0.262	-1.11, 4.03
หลังเข้าร่วม	20.74 (2.74)	27.25 (2.91)	-6.51 (0.68)	< 0.001	-7.86, -5.17
ระยะติดตาม	17.54 (3.03)	26.60 (2.66)	-9.06 (0.68)	< 0.001	-10.42, -7.70
การเห็นคุณค่าในตนเอง	29.19 (0.49)	28.19 (0.49)	1.00 (0.69)	0.053	-0.38, 2.38
ก่อน	27.57 (3.90)	27.14 (3.52)	0.46 (0.88)	0.606	-1.30, 2.22
หลังเข้าร่วม	30.03 (3.57)	28.03 (3.97)	2.00 (0.90)	0.030	0.20, 3.80
ระยะติดตาม	29.94 (3.44)	29.40 (3.90)	0.54 (0.88)	0.539	-1.21, 2.30

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตาม ผลต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ ผลการทดลองนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา เมฆวิลัย, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และสารรัตน์ วุฒิอาภา[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เขตกรุงเทพและปริมณฑล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา จีระทรัพย์ และคณะ [15] ที่ศึกษาการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) การติดตามในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของอธิษฐ์ ทวีธนธาตรี[19] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งพบว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่น ทำ ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงติดเกมลดลง สอดคล้องกับวิธีดำเนินการจัดโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้ ที่มีการใช้รูปแบบของกิจกรรมแบบกลุ่ม อีกทั้งกลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าคล้ายกัน ดังนั้นกลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมจึงรู้สึกมีเพื่อนที่มีปัญหาลักษณะคล้ายกัน รู้สึกไม่โดดเดี่ยว เช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักอารมณ์และความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยผู้บำบัดได้ให้กลุ่มตัวอย่าง ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา หรือเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างอยากจะเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟัง และให้เพื่อน ๆ เรียนรู้จากเหตุการณ์นั้น ๆ และช่วยกันแสดงความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ว่ามีความคิดต่อสถานการณ์นี้อย่างไร มีอารมณ์อะไรเกิดขึ้น และมีพฤติกรรมอย่างไรบ้าง และส่งผลต่อร่างกายอย่างไรบ้าง และจากนั้นช่วยกันสรุปจากเหตุการณ์ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ช่วยกันเสนอความคิดเห็น และบางคนสามารถตอบทุกคำถามได้อย่างดี ทำให้รู้สึกว่าเป็น

การทำกิจกรรมกลุ่มที่ไม่ได้เคร่งเครียด หรือทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสนุกที่จะเริ่มเข้ากิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับพฤติกรรมของวัยรุ่นซึ่งต้องการการยอมรับจากเพื่อน แสวงหาตัวตน เช่น ความชอบ ความสนใจ ที่เข้ากับกลุ่มเพื่อน ครอบครัว

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ในครั้งนี้ และซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญจวัฒน์ จูมลี และคณะ [20] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของอารี เงารังสี และคณะ [21] ที่ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลาซึ่งภายหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ากลุ่มควบคุม การศึกษาครั้งนี้มีการทบทวนความคิดและตั้งคำถามกับตนเอง ช่วยให้มองเห็นถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดจากความคิดนั้นตรงตามเหตุผล ช่วยให้เกิดพลังงานด้านบวกไปยังจิตใต้สำนึกของตน เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจในตัวเองได้ดีขึ้น เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง การใช้ทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และรวมถึงการปรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนในแง่ลบของผู้รับการบำบัดให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวได้ โดยผู้บำบัดเป็นผู้กำหนดทางเลือกของตนเอง ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ มีหลากหลายกิจกรรมที่กลุ่มทดลองเป็นคนออกแบบร่วมกันสะท้อนปัญหา รวมทั้งฝึกวิธีการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง ซึ่งหลังจากจบการทำกิจกรรมในครั้งที่ 2 - 7 จะมีการมอบหมายการบ้านให้รายบุคคล เพื่อให้ได้กลับไปทบทวนตนเองเกิดความเข้าใจในการนำแนวคิดการปรับพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และมีการนำประสบการณ์จริงของตนเองมาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น [12] จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดความสนุก ร่วมมือในการทำกิจกรรม และมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความคิด ซึ่งมีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ นอกจากนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กระบวนการกลุ่ม ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ไม่ได้ซึมเศร้าอยู่คนเดียว ความเห็นของกลุ่ม การได้รับการยอมรับและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม [15] ซึ่งส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองด้วย ตัวอย่างเช่น กิจกรรมที่ 8 เป็นกิจกรรมทบทวนความก้าวหน้าและตั้งเป้าหมายในอนาคต โดยให้กลุ่มทดลองได้สรุปวิธีการปรับมุมมองใหม่และทักษะในการแก้ไขปัญหา และให้วาดรูปตนเองในอนาคต / road map ของตนเองในอนาคต to be continue และกลุ่มทดลองเล่าถึงเมื่อฉันเศร้าฉันจะบอกตัวเองว่าอย่างไร ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเล่าได้ว่าในอนาคตตนเองอยากเป็นอะไร และหากเมื่อเจอสถานการณ์ที่เศร้าจะทำอย่างไร มีทั้งบางคนบอกว่าอาจเอาเรื่องที่ตนเองเศร้าไปเล่าให้กับเพื่อนฟัง หรือคุณครูฟัง และมีทั้งบอกว่าหากหนูเครียดมาก ๆ จะเข้าไปปรึกษาคุณหมอที่โรงพยาบาล แทนการเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว รวมทั้งบางคนก็บอกว่าจะหากิจกรรมที่ไม่ให้ฟุ้งซ่านเรื่องนั้นๆ โดยการ ดูหนัง ฟังเพลง หรือเล่นกีฬา

นอกจากนี้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ส่งผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากโปรแกรมออกแบบให้ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 8 ครั้ง ติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีการเรียงลำดับขั้นตอนและกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 คือระยะค้นหาความคิดอัตโนมัติและรู้จักความคิด เพื่อให้เข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นให้สมเหตุผล กิจกรรมครั้งที่ 4 - 6 คือระยะตรวจสอบความคิด

กิจกรรมครั้งที่ 7 - 8 คือปรับเปลี่ยนความคิด และระยะที่ 4 การติดตามต่อเนื่อง ซึ่งการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งนี้ ผู้จัดกิจกรรมเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประกอบกับเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความสนใจ กระตือรือร้นที่จะร่วมทำกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี จึงส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาจะพบว่าในกลุ่มทดลองคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าโดยปกติจะมีอาการ รู้สึกโดดเดี่ยวตนเองไม่มีความสามารถ คิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ขาดความมั่นใจในตนเอง เมื่อไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้มีการพบปะกับกลุ่มเพื่อนที่มีลักษณะปัญหาคล้ายกัน อาจจะทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงได้ อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้การบำบัดด้วยวิธี CBT มุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่จึงเน้นการลดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์รองจึงอาจจะเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามจะพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังโปรแกรมและระยะติดตามเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในกลุ่มควบคุมอาจจะได้รับการปนเปื้อนจากกลุ่มเพื่อนกลุ่มอื่น ๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้นคือ กิจกรรมบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานสุขภาพจิต แต่อย่างไรก็ตามก็ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครั้งนี้จะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 3.57 คะแนน และมีคะแนนลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ควรมีการนำไปใช้จัดกิจกรรมกับกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่อื่นที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย - ปานกลาง หรือสอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่นักเรียนสามารถนำไปใช้ได้ ดังนั้นหากจะนำไปใช้อาจปรับให้เหมาะสมตามบริบทของโรงเรียน

2. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองได้ ควรมีการประยุกต์กิจกรรมบางกิจกรรมในโปรแกรม เช่น กิจกรรม ความคิดหวนคืนพูดบอกตนเอง (self-talk) เพื่อช่วยให้เกิดพลังงานด้านบวกไปยังจิตใต้สำนึกของตน เกิดความมั่นคง เข้มแข็งที่ในการปรับเปลี่ยนความคิดและแก้ไขปัญหา ให้นักเรียนเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. ครูประจำชั้น ครูสุขศึกษาและพลศึกษา หรือครูวิชาอื่น ๆ ในโรงเรียน หรือผู้ที่สนใจสามารถนำเอาโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ ซึ่งกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสามารถจัดกิจกรรมได้ในห้องเรียนทั่วไป ส่วนการนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามหลักกระบวนการนั้น ครูประจำชั้น ครูสุขศึกษาและพลศึกษา หรือครูวิชาอื่น ๆ ควรได้รับการอบรมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำวิธีการบำบัดแบบ CBT ไปใช้ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มระยะติดตามผลและมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น อาจมีระยะติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน และมีการกระตุ้นเพื่อศึกษาผลการคงอยู่

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้โปรแกรมที่พัฒนาประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

3. เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ควรวางแผนการส่งเสริมให้นักเรียนได้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการติดตามผลและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนอย่างคงทนถาวร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการส่งเสริมจากวิทยาลัยการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขอกราบขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงเรียนโนนค้อวิทยาคม โรงเรียนโคกสะอาดวิทยาคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนคูณที่ส่งเสริมและอนุเคราะห์สถานที่และเวลา และขอขอบคุณพี่ๆ ที่โรงพยาบาลโนนคูณทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และครอบครัวที่ให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) services [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. United Nations Children's Fund (UNICEF). Mental health and psychosocial wellbeing of children and youth in Thailand: An analysis of the situation and way forward. Bangkok: UNICEF Thailand; 2022. (in Thai)
3. Department of Mental Health. Depression statistics and Thai society: The silent emotional threat of the modern era [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=31459 (in Thai)
4. Thai Red Cross Society. Understanding depression in adolescents [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://redcross.or.th/news/infographics/17485/ (in Thai)
5. Mahakitikun K. Effects of positive self-talk training programs on emotional disorders in adolescents [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
6. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Thai Health Promotion Foundation. Thai health 2020: Two decades of Thai education reform – failures and successes. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2020. (in Thai)
7. Panyawong W, Santitadakul R, Phawasuthiphaisith C. Prevalence of depression and suicide risk among Thai adolescents: A survey in 13 health regions. Journal of Thai Mental Health 2020;28(2):136-49. (in Thai)
8. Si Sa Ket Provincial Health Office. Documents for regular inspections and work supervision, Ministry of Public Health, round 2 of 2021. Si Sa Ket: Si Sa Ket Provincial Health Office; 2021. (in Thai)
9. Department of Mental Health, Prasrima -habhodi Hospital. Report on access to services for patients with depression [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/ (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Health Data Center. Access to mental health services [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1 (in Thai)
11. Potibut N. Factors influencing depression among secondary school students in Non Khun District, Si Sa Ket Province. Sisaket Health Research and Development Journal 2022;1(1):104-16. (in Thai)
12. Institute of Child and Adolescent Mental Health, Rajanagarindra. Clinical practice guideline for adolescents with depression. Bangkok: Beyond Publishing; 2018. (in Thai)
13. Makewilai J, Takviriyanun N, Vuthiarpa S. Effects of cognitive and behavioral therapy programs on depression and impulsive behaviors among adolescents in youth training centers in Bangkok and metropolitan areas. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(1):154-63. (in Thai)

14. Ukranan P, Jeerasup N, Saguanrum K, Sukhawaha S, Kenbubpha K, Thongbenjamas S. Research report on developing a program to prevent depression in adolescents in schools. Prasrimahabhodi Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2019:102 p. (in Thai)
15. Vuthiarpa S, Sethabouppha H, Soivong P, Williams R. Effectiveness of a School-based Cognitive Behavioral Therapy Program for Thai Adolescents with Depressive Symptoms. Pacific Rim international journal of nursing research 2012; 16(3): 206-21.
16. Jirasa N, Sukhawaha S, Saguanrum K, Kenbubpha K, Dit-ung H. Development and Test Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Depression in Adolescents. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2020;65(1):47-62. (in Thai)
17. Trangkasombat U, Lapboonsub W, Havanond P. The use of CES-D for screening depression in adolescents. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1997;42(1):2-13. (in Thai)
18. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Confirmatory Factor Analysis of Rosenberg Self Esteem Scale: A Study of Thai Student Sample. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2011;56(1):59-70. (in Thai)
19. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
20. Taweethanathatree A. Effects of group counseling programs using cognitive-behavioral therapy to reduce risky gaming behaviors in lower secondary school students [master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2021. (in Thai)
21. Joomlee P, Rattanajarana S, Kungchai W. Effects of group art activities programs on self-esteem and depression among the elderly in social welfare development centers. Burapha University Nursing Journal. 2021;29(2):47-58. (in Thai)
22. Ngaorungsee A, Wongtim S, Mekkhachorn N. The Effect of Individual Counseling to Enhance Self-Esteem of Depression Patients at Songkhla Rajanagarindraphychiatic Hospital in Songkhla Province. Royal Thai Army Nurses Journal 2019;20(2):8. (in Thai)