



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

The effects of a Depression prevention program on lower secondary school students in

Tha Luang District, Lopburi Province

วารากร คำน้อย*, อัญชลี ทรงผาสุข

Warakorn Kamnoy, Anchalee Songparsouk

โรงพยาบาลท่าหลวง

Tha Luang Hospital

*Corresponding Author: Warakorn.sx@hotmail.com

Received: June 4, 2026 Revised: August 11, 2026 Accepted: August 13, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่บูรณาการทักษะความฉลาดทางอารมณ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะผู้มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (ผ่านเกณฑ์ 2Q และคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 7 - 18 คะแนน) จำนวน 74 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือประเมินผ่านการตรวจสอบ IOC (0.67–0.87) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ และคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ด้านภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีความเสี่ยงลดลงจากร้อยละ 48.65 เหลือร้อยละ 21.62 และมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรง (9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่ม ($p < 0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมช่วยส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานศึกษาได้

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, ความฉลาดทางอารมณ์, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a depression prevention program integrating emotional intelligence skills among lower secondary school students in Tha Luang District, Lopburi Province. The sample was purposively selected based on depression risk criteria (positive 2Q screening and 9Q scores between 7 and 18), comprising 74 students divided equally into an experimental group ($n = 37$) and a control group ($n = 37$). The experimental group participated in a 5-session depression prevention program over 8 weeks, while the control group received routine care. Content validity was confirmed by experts with Item-Objective Congruence (IOC) indices ranging from 0.67 to 0.87, and internal consistency reliability was 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Chi-square test. The results showed no statistically significant differences between the two groups prior to the intervention regarding the proportion of depression risk, emotional intelligence scores, and depression severity scores ($p > 0.05$). Post-intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in mean emotional intelligence scores compared to baseline ($p < 0.001$) and significantly higher scores than the control group ($p < 0.001$). Regarding depression, the proportion of students at risk in the experimental group decreased from 48.65% to 21.62%, with a statistically significant reduction in mean depression severity scores (9Q) both within the group ($p < 0.001$) and compared to the control group ($p < 0.001$). In contrast, the control group showed no statistically significant changes ($p > 0.05$). In conclusion, the depression prevention program integrating emotional intelligence skills effectively enhances emotional intelligence and reduces depression severity among lower secondary school students, serving as a proactive mental health intervention model for educational settings.

Keywords: Depression prevention program, Lower secondary school students, Emotional intelligence, Depression

บทนำ

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกำลังเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะกลายเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญอันดับต้น ๆ ของภาระโรคโดยรวม (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ของประชากรโลก สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มที่รุนแรงและผลกระทบในวงกว้างของปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว⁽¹⁾ จากข้อมูลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอายุ 5 - 17 ปีใน 187 ประเทศ พบว่ามีอัตราความชุกเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 6.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหานี้ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบางพื้นที่ แต่เป็นปัญหาระดับโลกที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและแก้ไขอย่างจริงจัง⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าวัยรุ่น โดยเฉพาะนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า

ในอัตราที่สูง โดยมีความชุกร้อยละ 16.4 และมีความแตกต่างตามภูมิภาค โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลางตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 15.74 ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความรุนแรงของปัญหา⁽³⁾ ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 ยังพบว่า วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 6 โดยเพศหญิงมีแนวโน้มสูงกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.6:1 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสะสมจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

ในระดับพื้นที่ จังหวัดลพบุรีพบแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 107 และ 124 รายตามลำดับ และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 1.1 และ 1.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งกลุ่มที่น่ากังวลเป็นพิเศษ

คือวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของวัยนี้ทั้งในด้านอารมณ์ สังคม และพัฒนาการ วัยรุ่น (อายุ 10 -24 ปี) เป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งกำลังเผชิญกับการพัฒนาทางเพศ ความต้องการการยอมรับจากเพื่อนและสังคม ความคาดหวังด้านการเรียน รวมถึงแรงกดดันจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีข้อบกพร่องด้านทักษะชีวิตหลายประการ ได้แก่ ด้านความคิด (Cognitive domain) มีรูปแบบความคิดเชิงลบ ขาดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านจิตใจ (Emotional domain) มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และ ด้านสังคม (Social domain) ขาดทักษะในการจัดการอารมณ์และความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นตัวเร่งให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น⁽⁵⁾ ท่ามกลางข้อจำกัดดังกล่าว "ความฉลาดทางอารมณ์" (Emotional Intelligence) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นกลไกทางจิตวิทยาเชิงบวกที่จะช่วยให้วัยรุ่นรู้จักตระหนักรู้ในตนเอง บริหารจัดการอารมณ์ ความเครียด และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้นจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการรับมือกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในบริบทของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี จากการสำรวจสุขภาพจิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปี พ.ศ. 2566 พบว่านักเรียนจำนวน 254 คน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงร้อยละ 35.60 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ควรได้รับการรักษาจากแพทย์ถึงร้อยละ 38.8⁽⁶⁾ ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงและน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง ดังนั้นโรงพยาบาลท่าหลวงจึงได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และนำไปใช้ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์และการศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เน้นการพัฒนาทักษะความฉลาดทางอารมณ์ในบริบทโรงเรียนมัธยมศึกษาของอำเภอท่าหลวงอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยอาศัยกลไกการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อประเมินว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างทักษะชีวิต และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนได้จริงหรือไม่ ผลลัพธ์จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนา ปรับปรุง และขยายผลโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้อ้างอิงแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของ Daniel Goleman⁽⁷⁾ ซึ่งอธิบายว่าความสามารถในการตระหนักรู้และจัดการอารมณ์ของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน แนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง (self-awareness) การควบคุมอารมณ์ (self-regulation) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) ความเข้าใจผู้อื่น (empathy) และทักษะทางสังคม (social skills) ซึ่งล้วนช่วยส่งเสริมการปรับตัวและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่เน้นเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์จึงคาดว่าจะช่วยให้นักเรียนสามารถจัดการอารมณ์ ความเครียด และปัญหาชีวิตได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

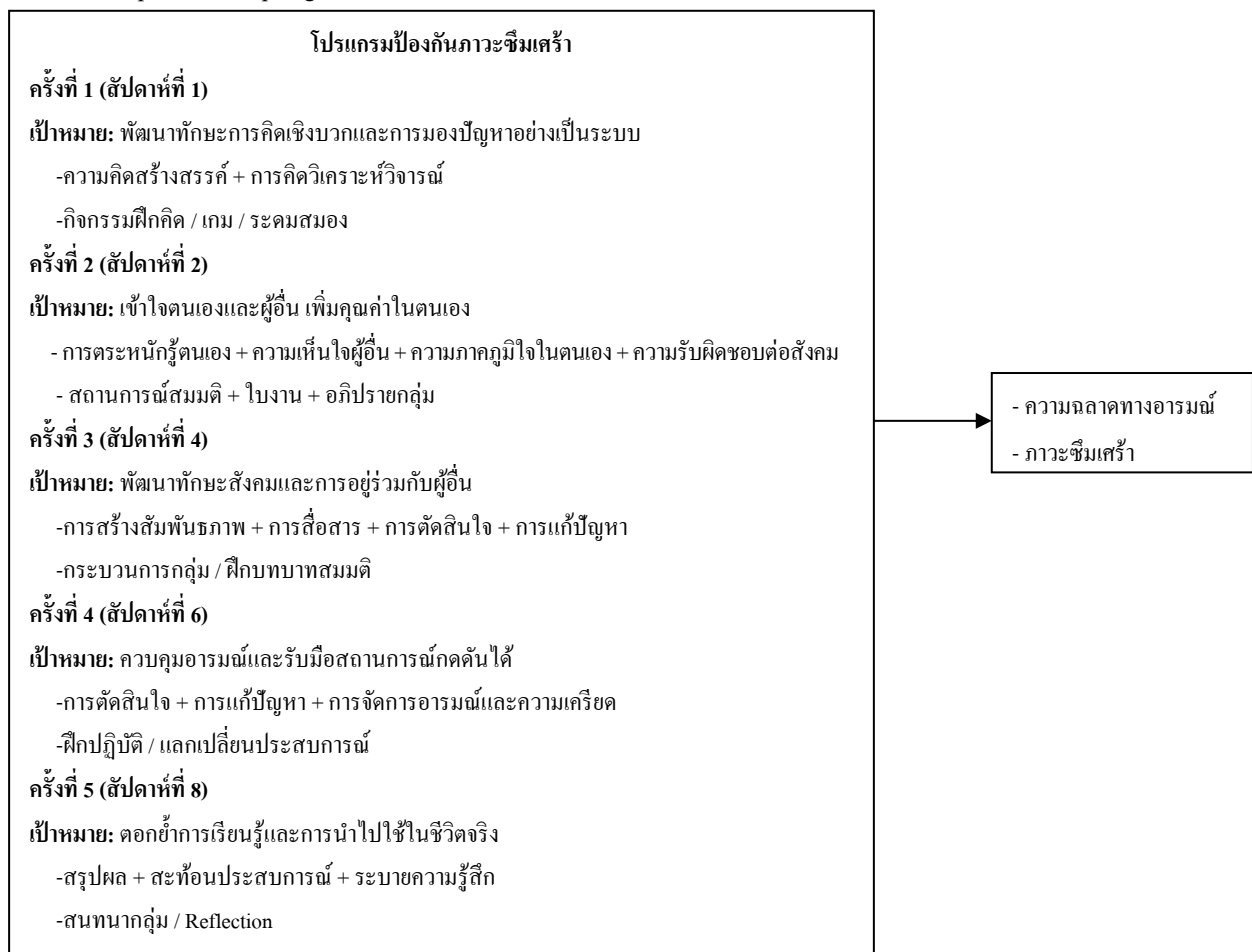
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 1 - 3 ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนท่าหลวงวิทยาคม จำนวน 254 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนท่าหลวงวิทยาคม โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก

ได้แก่ เป็นนักเรียนทั้งเพศหญิงและชาย ที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งพบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าหรือมีคะแนนประเมินอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (7 - 18 คะแนน) ไม่เคยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากที่ใดมาก่อน และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.70 ซึ่งอ้างอิงตามค่ามาตรฐานจากการศึกษาโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นผ่านรูปแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสถานศึกษา⁽⁸⁾ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ

0.80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นได้จำนวน 68 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ (Drop-out rate) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 74 ราย ทั้งนี้ กระบวนการคัดกรอง

การเข้าร่วม และการติดตามกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการตามแนวทาง CONSORT โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการไหลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในแผนภาพที่ 1 โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่า ไม่มีผู้ถอนตัวระหว่างการศึกษ ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจำนวนทั้งสิ้น 74 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ (Matched Pairs) เพื่อลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มและให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันมากที่สุดก่อนเริ่มทดลอง โดยจัดให้มีกลุ่มทดลองจำนวน 37 ราย (ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น) และกลุ่มควบคุมจำนวน 37 ราย (ได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตตามปกติของโรงเรียน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เลขที่ LBEC 015/2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ โปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป้าหมาย: พัฒนาทักษะการคิดเชิงบวกและการมองปัญหาอย่างเป็นระบบ (1 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เป้าหมาย: เข้าใจตนเองและผู้อื่น เพิ่มคุณค่าในตนเอง (1 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) เป้าหมาย: พัฒนาทักษะสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 : ติดตามผล

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) เป้าหมาย: ควบคุมอารมณ์และรับมือสถานการณ์กดดันได้ (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 7 : ติดตามผล

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) เป้าหมาย: ดอกย้ำการเรียนรู้และการนำไปใช้ในชีวิตจริง (1 ชั่วโมง)

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.87 จากนั้นได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out / Pilot study) กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสมของระยะเวลา กิจกรรม และสื่อการเรียนรู้ ก่อนนำไปใช้จริงในกลุ่มทดลอง

ความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของกิจกรรม นำร่างโปรแกรมและคู่มือกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม และความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87

การทดลองใช้โปรแกรม (Try-out / Pilot Testing) หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรม ความเหมาะสมของเวลา ระยะห่างระหว่างสัปดาห์ และความเข้าใจในคู่มือกิจกรรม ก่อนนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์และนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม พัฒนาโดยผู้วิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (8 - 10) เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการใช้สารเสพติด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 1.00

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดความฉลาดทางอารมณ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิตมาทำการปรับปรุงและพัฒนาขึ้นใหม่ โดยปรับลดจำนวนข้อคำถามและปรับภาษาให้มีความกระชับ เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอท่าหลวง จำนวนทั้งสิ้น

10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (5 หมายถึง ตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือการแสดงออกมากที่สุด จนถึง 1 หมายถึง น้อยที่สุด) การแปลผลคะแนนรวมสูงสุด 50 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (10 - 23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 36 คะแนน) และระดับดี (37 - 50 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87

ความเชื่อมั่น (Reliability) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (3) สำหรับประเมินอารมณ์ความรู้สึกใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-report inventories) มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี (ให้ 0 คะแนน) และ มี (ให้ 1 คะแนน) หากตอบ "ไม่มี" ทั้ง 2 คำถามถือว่าปกติ หากมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ จะถือว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และจะได้รับการประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ต่อไป

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (3) ที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งความตรงและความเชื่อมั่น (ค่าความเชื่อมั่นและเกณฑ์การแปลผลมาตรฐานตามกรมสุขภาพจิต) จากหน่วยงานต้นสังกัดเรียบร้อยแล้ว จึงนำมาใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากลโดยไม่ต้องหาค่าความเชื่อมั่นซ้ำ

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1) ขั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดประชากรเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เพื่อคัดเลือกรักเรียนที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะซึมเศร้าเข้าร่วมการวิจัย

2) ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ความฉลาดทางอารมณ์ และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมิน 9Q เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

ขั้นดำเนินการทดลอง

1) ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต จำนวน 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง เน้นกระบวนการกลุ่ม เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะชีวิต และการจัดการอารมณ์ของนักเรียน

2) ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยทำการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง โดยใช้แบบประเมิน 9Q ฉบับเดิม เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติจำแนกตามลักษณะข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบที่ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุสอดคล้อง กับระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (12–15 ปี) และกระจายอยู่ ในแต่ละระดับชั้น ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วง 2.50 - 3.00 ปีตามราคาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000 - 20,000 บาท

ต่อเดือน และส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน และมีความ เหมาะสมในการนำมาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 74$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n=37$)	กลุ่มควบคุม ($n=37$)	p-value
เพศ			0.81
ชาย	15 (40.54%)	16 (43.24%)	
หญิง	22 (59.46%)	21 (56.76%)	
อายุ (ปี)			0.93
12 - 13 ปี	12 (32.43%)	13 (35.14%)	
13 - 14 ปี	13 (35.14%)	12 (32.43%)	
14 - 15 ปี	12 (32.43%)	12 (32.43%)	
ระดับการศึกษา			0.95
มัธยมศึกษาปีที่ 1	12 (32.43%)	13 (35.14%)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	13 (35.14%)	12 (32.43%)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	12 (32.43%)	12 (32.43%)	
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA)			0.88
ต่ำกว่า 2.50	10 (27.03%)	9 (24.32%)	
2.50 - 3.00	15 (40.54%)	16 (43.24%)	
มากกว่า 3.00	12 (32.43%)	12 (32.43%)	
สถานภาพสมรสบิดามารดา			0.79
อยู่ด้วยกัน	24 (64.86%)	25 (67.57%)	
แยกกัน/หย่าร้าง	13 (35.14%)	12 (32.43%)	
รายได้ครอบครัว/เดือน			0.91
ต่ำกว่า 10,000 บาท	14 (37.84%)	13 (35.14%)	
10,000 - 20,000 บาท	16 (43.24%)	17 (45.95%)	
มากกว่า 20,000 บาท	7 (18.92%)	7 (18.92%)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.84
≤ 4 คน	20 (54.05%)	19 (51.35%)	
> 4 คน	17 (45.95%)	18 (48.65%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 74) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=37)	กลุ่มควบคุม (n=37)	p-value
การใช้สารเสพติด			0.75
ไม่ใช้	30 (81.08%)	31 (83.78%)	
เคยใช้/ใช้	7 (18.92%)	6 (16.22%)	

*P<0.05

2. ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 18 คน (ร้อยละ 48.65) และไม่มีความเสี่ยงจำนวน 19 คน (ร้อยละ 51.35) ส่วนกลุ่มควบคุมมีนักเรียนที่มี

ความเสี่ยงจำนวน 19 คน (ร้อยละ 51.35) และไม่มีความเสี่ยงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 48.65) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.816$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานด้านความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่เหมือนกันก่อนเริ่มการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Characteristics) ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 74)

ผลการคัดกรอง (2Q)	กลุ่มทดลอง (n=37)	กลุ่มควบคุม (n=37)	Chi-square (χ^2)	p-value
มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	18 (48.65%)	19 (51.35%)	0.054*	0.816
ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	19 (51.35%)	18 (48.65%)		

*ใช้สถิติ Chi-square test (หรือ Fisher's exact test ในกรณีที่เซลล์มีค่าต่ำกว่า 5)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลอง มีจำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างชัดเจน จาก 18 คน (ร้อยละ 48.65) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เหลือเพียง 8 คน (ร้อยละ 21.62) โดยมีจำนวนผู้มีความเสี่ยงเหลือหลังทดลองอยู่ที่ 10 คน (95%CI = 4.08-12.34) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ในขณะที่ กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีจำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย จาก 19 คน (ร้อยละ 51.35) เหลือ 17 คน (ร้อยละ 45.95) โดยมีจำนวนผู้มีความเสี่ยงเหลือหลังทดลองอยู่ที่ 9 คน (95% CI = 3.96 - 11.04) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.480$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 74)

กลุ่ม	ก่อนใช้โปรแกรม (มีความเสี่ยง)	หลังใช้โปรแกรม (มีความเสี่ยง)	ค่าสถิติภายในกลุ่ม (χ^2 McNemar/ Paired)	p-value (ภายในกลุ่ม)	p-value (ระหว่างกลุ่ม Post-test)*
กลุ่มทดลอง (n=37)	18 (48.65%)	8 (21.62%)	10.24	0.001*	0.035*
				10	9
				(95%CI=4.08 -12.34)	(95%CI=3.96-11.04)
กลุ่มควบคุม (n=37)	19 (51.35%)	17 (45.95%)	0.50	0.480	

*P < 0.05, หมายถึง: p-value ระหว่างกลุ่ม ใช้ Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนผู้มีความเสี่ยงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผลการประเมินระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.4 ± 4.2 คะแนน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ

26.1 ± 4.5 คะแนน หลังการทดลองพบว่า การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลอง คะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองโดยเฉลี่ย 13.10 คะแนน (95%CI = 11.23 - 14.97) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยเฉลี่ย 12.50 คะแนน (95%CI = 9.43 - 15.57) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n = 74)

กลุ่ม	Pre-test (Mean $\pm$ SD)	Post-test (Mean $\pm$ SD)	Paired t-test (t)	p-value (ภายในกลุ่ม)	Independent t-test (t) / p-value (ระหว่างกลุ่ม Post-test)*
กลุ่มทดลอง (n=37)	26.4 ± 4.2	39.5 ± 3.8	14.25	< 0.001* 13.10 (95%CI=11.23-14.97)	t = 8.12, p < 0.001* 12.50 (95%CI= 9.43-15.57)
กลุ่มควบคุม (n=37)	26.1 ± 4.5	27.0 ± 4.2	1.15	0.258	

*P < 0.05 (หมายเหตุ: คะแนนความฉลาดทางอารมณ์เต็ม 50 คะแนน)

ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยมีผลการคัดกรอง 2Q เป็นบวก และมีคะแนนจากแบบประเมิน 9Q อยู่ในช่วงคะแนน 7 - 18 คะแนน (ระดับน้อยถึงปานกลาง) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 12.3 ± 3.1 คะแนน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.9 ± 3.0 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงเหลือ 8.1 ± 2.5 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายในกลุ่ม (t = 9.87, p < 0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเป็น 11.5 ± 2.8 คะแนน (ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ t = 1.23, p = 0.220) และเมื่อเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงจากก่อนทดลองโดยเฉลี่ย 4.20 คะแนน (95%CI= 3.34 - 5.06) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Post-test) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยเฉลี่ย 3.40 คะแนน (95%CI= 2.16 - 4.64) และมีขนาดอิทธิพล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อนและหลังการทดลอง (n = 74)

กลุ่ม	Pre-test (Mean $\pm$ SD)	Post-test (Mean $\pm$ SD)	Paired t-test (t)	p-value (ภายในกลุ่ม)	Independent t-test (t) / p-value (ระหว่างกลุ่ม Post-test)*
กลุ่มทดลอง (n=37)	12.3 ± 3.1	8.1 ± 2.5	9.87	< 0.001* 4.20 (95%CI=3.34-5.06)	t = -5.46, p < 0.001* 3.40 (95%CI= 2.16-4.64)
กลุ่มควบคุม (n=37)	11.9 ± 3.0	11.5 ± 2.8	1.23	0.220	

*P < 0.05, หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ที่มีผลการคัดกรอง 2Q เป็นบวก (Positive) และมีคะแนนจากแบบประเมิน 9Q อยู่ในช่วงเกณฑ์คะแนน 7 - 18 คะแนน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกหลังจากนักเรียนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่บูรณาการทักษะความฉลาดทางอารมณ์สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงและคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแบบแผนการศึกษาที่มีข้อจำกัดในการจัดกลุ่มการสรุปผลเชิงสาเหตุว่าโปรแกรมเป็นปัจจัยเดียวที่ส่งผลโดยตรงจึงต้องพิจารณาอย่างระมัดระวัง ในช่วงระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ นักเรียนอาจได้รับปัจจัยสนับสนุนภายนอกอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุม เช่น การได้รับกำลังใจจากครอบครัว บรรยายภาสในชั้นเรียน หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตอื่นๆ ของโรงเรียนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียน นักเรียนในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีการเจริญเติบโต การปรับตัว และการพัฒนาทางอารมณ์อย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของคะแนนในระยะเวลา 8 สัปดาห์ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการพัฒนาการและการเรียนรู้ตามธรรมชาติในการจัดการอารมณ์ตนเอง เมื่อเวลาผ่านไป การทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q/9Q) และแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ซ้ำทั้งก่อนและหลังการทดลอง อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความคุ้นเคยกับข้อคำถาม ตระหนักรู้ในอาการของตนเองมากขึ้น หรือตอบแบบสอบถามในทางที่คิดว่า 'ควรจะเป็น' (Social Desirability Bias) ซึ่งอาจส่งผลให้คะแนนประเมินหลังการทดลองลดลงได้ ดังนั้น การศึกษานี้จึงสรุปผลในลักษณะของการพบ 'ความสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก' หลังได้รับโปรแกรม และเสนอแนะให้มีการศึกษาในระยะยาว (Follow-up study) รวมถึงการใช้แบบแผนการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมสมบูรณ์ (Randomized Controlled Trial: RCT) ในการวิจัยอนาคต เพื่อยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุของโปรแกรมอย่างแท้จริง

เมื่อพิจารณาการดำเนินโปรแกรมครั้งนี้มีรากฐานสำคัญมาจาก ทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence Theory) ของ Goleman และแนวคิดจิตวิทยาเชิงปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Approach) ซึ่งอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับข้อบกพร่องในกระบวนการคิด การรับรู้ตนเอง และการบริหารจัดการอารมณ์ (emotional regulation) ได้ภาวะกดดันรอบตัว⁽⁴⁾ (1) เมื่อวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม และความคาดหวังด้านการเรียน การขาดทักษะในการรู้เท่าทันอารมณ์ตนเองจะนำไปสู่รูปแบบความคิดเชิงลบต่อตนเองและอนาคต⁽⁵⁾ ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงถูกออกแบบขึ้นโดยใช้กลไกการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เป็นสะพานเชื่อมเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ โดยมุ่งเน้น 3 องค์ประกอบหลักตามกรอบแนวคิดสากล ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) การบริหารจัดการอารมณ์และความเครียด (Self-management) และการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเชิงบวก (Social skills) ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการป้องกันเชิงรุก (preventive intervention) ซึ่งยึดหลักการเสริมสร้างปัจจัยป้องกัน (protective factors) และการพัฒนาทักษะทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวก่อนที่ปัญหาจะลุกลาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงระบบของต่างประเทศ เช่น Bucker et al⁽⁸⁾ และ Zhou, X et al⁽⁹⁾ ที่ยืนยันว่าโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในสถานศึกษาที่เน้นการพัฒนาทักษะชีวิตและการจัดการอารมณ์สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Koster N et al.⁽¹⁰⁾ ยังระบุว่า การฝึกฝนทักษะทางอารมณ์และการรู้เท่าทันความคิดตนเองช่วยให้วัยรุ่นสามารถรับมือกับแรงกดดันรอบตัว ทั้งด้านการเรียนและการยอมรับจากสังคมได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาในมิติของการเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ พบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานศึกษาของ Cheveewat et al.⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียน และพบว่าโปรแกรมที่เน้นกระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการจัดการอารมณ์ช่วยลดระดับอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมระดับสากลของ Werner-Seidler et al.⁽¹²⁾ ซึ่งสรุปว่าโปรแกรมสุขภาพจิตในโรงเรียนที่มุ่งเน้นการสอนทักษะการรับรู้และการจัดการอารมณ์มีผลเชิงบวกอย่างมากต่อกลุ่มเสี่ยงในวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็ว การให้เครื่องมือทางจิตวิทยาที่เหมาะสมจึงช่วยสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากการดำเนินงานดังกล่าว สามารถสรุป จุดเด่นที่สำคัญของโปรแกรม (Key Highlights of the Program) ได้ดังนี้ การบูรณาการความฉลาดทางอารมณ์กับการจัดการความคิดเชิงลบ โปรแกรมไม่ได้เน้นเพียงแค่การผ่อนคลายจิตใจทั่วไป แต่เน้นกระบวนการทางปัญญา (cognitive restructuring) ที่ช่วยให้นักเรียนสามารถระบุความรู้สึกรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้กลายเป็นแนวคิดเชิงบวกที่สร้างสรรค์⁽²⁾ ความเหมาะสมกับบริบทกลุ่มเป้าหมาย (Targeted Context) ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับพัฒนาการและวิถีชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์สูงสุด โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง (experiential learning) เพื่อให้เด็กสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน⁽³⁾ กระบวนการป้องกันเชิงรุกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ โปรแกรมถูกพัฒนาขึ้นผ่านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ (2Q และ 9Q) และมีการจัดคู่ความเท่าเทียม (Matched Pairs Assignment) ก่อนสุ่มเข้ากลุ่ม ทำให้มั่นใจได้ว่าโปรแกรมสามารถเข้าไปช่วยเหลือและตัดวงจรปัญหาความรุนแรงของโรคซึมเศร้าก่อนที่จะลุกลามต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตระดับสากล⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ผลการศึกษาจะยืนยันถึงความสำเร็จของโปรแกรม แต่ยังมีประเด็นข้อจำกัดที่ควรนำไปพิจารณาในการพัฒนาครั้งต่อไป เช่น ระยะเวลาในการติดตามผล (Follow-up) เนื่องจากงานวิจัยต่างประเทศหลายชิ้น^(8,10) มักมีการติดตามผลในระยะยาว (6 - 12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการคงอยู่ของทักษะความฉลาดทางอารมณ์ ขณะที่การศึกษานี้เป็นการประเมินผลสิ้นสุดโครงการทันที นอกจากนี้ การผสมผสานองค์ประกอบด้านการฝึกสติ (mindfulness) หรือการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคมรอบตัวนักเรียน อาจช่วยเสริมให้ประสิทธิภาพของโปรแกรมมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป ผลการศึกษานี้เน้นย้ำว่าการดำเนินโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เน้นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในบริบทโรงเรียน สามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกและช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตระดับสากลขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ เพื่อความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจิตของเยาวชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงเรียนและสถานศึกษาต่างๆ สามารถนำโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เน้นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์นี้ ไปบรรจุเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย (Small group intervention) สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีผลการคัดกรองมีความเสี่ยงหรือมีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยควรจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องรวม 5 - 8 ครั้ง เพื่อให้นักเรียนได้รับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การรู้เท่าทันอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2 หน่วยงานต้นสังกัด เช่น สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา หรือกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณานำโปรแกรمدังกล่าวไปพัฒนาเป็น "คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเชิงรุกในโรงเรียน" พร้อมทั้งจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ

ให้แก่ครูแนะแนวและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปขยายผลและดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพในระดับเขตพื้นที่และระดับประเทศ

2. ข้อจำกัดการวิจัย

2.1 การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนในอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรเฉพาะพื้นที่ ทำให้การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงหรือปรับใช้กับบริบทของโรงเรียนในเขตพื้นที่อื่น ๆ หรือระดับชั้นอื่น (เช่น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย) ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังและคำนึงถึงความแตกต่างบริบทแวดล้อม

2.2 การประเมินผลลัพธ์ของการศึกษารั้งนี้เป็นการวัดผลในทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) โดยยังไม่มีติดตามผลในระยะยาว ทำให้ไม่สามารถยืนยันความคงทนถาวรของทักษะความฉลาดทางอารมณ์ และความยั่งยืนในการลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในระยะยาวได้

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังโรงเรียนในบริบทอื่น ๆ (เช่น โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ โรงเรียนขยายโอกาส หรือโรงเรียนในเขตเมือง) หรือขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และสะท้อนความแตกต่างของกลุ่มวัยและบริบททางสังคมที่หลากหลายยิ่งขึ้น

3.2 การประเมินผลระยะยาวและการติดตามความยั่งยืน: ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal follow-up) เช่น การติดตามประเมินซ้ำที่ระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคงอยู่ของทักษะความฉลาดทางอารมณ์ และประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะยาวอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.

2. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281–95.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report on mental health statistics and screening systems for Thai adolescents, fiscal year 2023 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2025 Jan 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th>
4. Goleman D, Boyatzis RE. Emotional intelligence comes of age: the development of emotional intelligence. *J Organ Behav*. 2017;38(3):338–60.
5. Bariola E, Gullone E, Hughes AE. The effect of emotion regulation on the development of depression and anxiety in adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021;52(4):615–28.
6. Lopburi Provincial Health Office. Report on the surveillance and prevention of mental health and psychiatric problems among children and adolescents in Lopburi Province, 2023–2024. Lopburi: Non-Communicable Diseases, Mental Health and Substance Abuse Control Group, Lopburi Provincial Health Office; 2024.
7. Goleman, D. (1998). Working with emotional intelligence. Bantam Books.
8. Bucker L, Werner-Seidler L, Spanos S, Callear AL, Perry Y, Torok M, et al. School-based universal and targeted interventions for depression and anxiety in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;310:390–403.

9. Zhou X, Zhang X, Fan L, Zhang Y, Zhang Y, Zhang Y, et al. The effects of psychological and educational interventions on depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(5), 751–767.
10. Koster N, Spijker J, Biesheuvel-Lanting J, van der Brink RH, Schoevers RA. Secondary outcomes of an implemented universal depression prevention program in adolescents: A randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 2021;12:643632.
11. Cheveewat N, Wattanapisit A, Sriprom M. Depression treatment programs for Thai adolescents in schools: a meta analysis. *J Nurs Public Health Res*. 2024;17(1):11–27.
12. Werner-Seidler L, Spanos S, Calear AL, Perry Y, Torok M, O’Dea B, et al. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;51:30–47.