

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สันติภาพ เยี่ยมโรสง*, ดร.ณิ รุจกรกานต์**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี จังหวัดนครราชสีมา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (PHQ-A) และ 3) โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) Repeated Measures ANOVA และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกลุ่มทดลองหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันทีและหลังจากสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าช่วงหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และหลังจากสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลดลง จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อช่วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลดระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ ความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ภาวะซึมเศร้า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Effects of Mindful Self-Compassion Enhancing Program on Depression in Junior High School Students

Santipap Yiamthaisong*, Darunee Rujkorakam**

*Psychiatry and Drugs Group of H.R.H. The Princess Mother's Centenary Celebrations Hospital, Nakhon Ratchasima Province

**Faculty of Nursing, Mahasarakham University

ABSTRACT

Objective: To study the effects of the Mindful Self-Compassion Enhancing Program on Depression in Junior High School Students in a district school of Nakhon Ratchasima Province.

Methods: Quasi-experimental research. The sample was 40 junior high school students who met the inclusion criteria. They were matched and randomly assigned equally to an experimental and a control group. The experimental group received four weeks of the Mindful Self-Compassion Enhancing Program. The control group received a routine provided care by their school. The research tools consisted of 1) a personal data recording form, 2) the Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), and 3) the Mindful Self-Compassion Enhancing Program. Data were analyzed using descriptive statistic, repeated measures ANOVA, and the paired sample *t*-test. The statistical significance level was set at .01 level.

Results: Within-experimental group comparison: Immediately after the program's completion, the junior high school students' mean depression score was lower than prior to beginning the program ($p \leq .01$). Six weeks after the program's completion, the mean depression score remained lower compared to their mean score both when beginning the program and also at the program's immediate completion ($p \leq .01$). Between-group comparison: The experimental group's mean depression score after the program's completion was lower than the control group's score ($p \leq .01$). After six weeks, the average depression score of the experimental group remained significantly lower than that of the control group ($p \leq .01$).

Conclusion: The results of this study suggest that the Mindful Self-Compassion Enhancing Program is a suitable intervention for junior high school students. The program's effectiveness in reducing depression, as evidenced by the significant decrease in mean depression scores, makes a compelling case for its use in this age group.

Keywords: Mindful Self-Compassion, Depression, Junior High School Students

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนต้นทั่วโลกคือภาวะซึมเศร้า โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในปี 2544 - 2553 เป็นร้อยละ 37 ในปี 2554 - 2563 โดยในทวีปเอเชียและแอฟริกามีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด และพบว่าร้อยละ 34 ของวัยรุ่นทั่วโลก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า¹ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อการทำงาน การใช้ชีวิตภายในครอบครัวและภายในโรงเรียน และผลกระทบที่รุนแรงที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่ความคิดการฆ่าตัวตาย² จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 19 ปี จำนวน 5,345 คน ในโรงเรียน 13 เขตสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.50 มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.50 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.10 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.40 วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.80 เท่า³ จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2565 พบวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า 3,018 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.42 ของประชากรจังหวัดนครราชสีมาทุกกลุ่มอายุที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า มีการพยายามฆ่าตัวตาย 82 ราย ในจำนวนนี้มีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้า 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.29 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย เนื่องจากภาวะซึมเศร้า 3 ราย⁴ ส่วนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นพื้นที่วิจัยครั้งนี้ พบว่ามีผู้ที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 43, 48 และ 54 รายตามลำดับ โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.62, 12.50 และ 16.60 ตามลำดับ เฉพาะปีงบประมาณ 2564 และ 2565 มีการพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 7 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2565 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 2 ราย คิดเป็น 7.19 ต่อแสนประชากร⁵

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นวัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 10 - 15 ปี เป็นช่วงชีวิตที่มีการปรับเปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่สามารถผ่านพัฒนาการด้านต่างๆ ในช่วงนี้ได้ จะส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องการปรับตัวและการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

และความคิด จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ความคิดทางด้านลบและพฤติกรรมการเผชิญปัญหา โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 17.90⁶ หากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขาดทักษะการจัดการกับปัญหา อุปสรรค ความคิดและพฤติกรรมทางด้านลบ จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ มากขึ้น และหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าความคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด (ruminative thought) ซึ่งเป็นลักษณะความคิดที่ตอบสนองต่อความกดดัน ความเครียด ด้วยความคิดแบบเดิมๆ ซ้ำๆ คือมีความคิดแบบยึดติด คิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบของตนเอง โดยที่ไม่จัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด⁷ ด้วยการช่วยเหลือที่เหมาะสมจะช่วยให้วัยรุ่นในช่วงอายุนี้สามารถรับมือกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ได้⁸

หลักฐานทางวิชาการพบการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายแนวทางที่ได้มีการนำมาใช้และในหนึ่งแนวทางนั้น ได้แก่ การช่วยเหลือด้วยการกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ถึงผลของความกรุณาต่อตนเองในการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าความกรุณาต่อตนเองสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาในเรื่องนี้ให้มากขึ้นต่อไป⁹ จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่ามีการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งบ่งชี้ผลลัพธ์ความสัมพันธ์ที่ผกผันระหว่างความกรุณาต่อตนเองกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย^{10,11} เนฟและเกอเมอร์ได้ออกแบบหลักสูตรชื่อว่าความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ (Mindful Self-Compassion: MSC) สำหรับประชาชนทั่วไป ซึ่งสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้¹² สำหรับในกลุ่มวัยรุ่น บลัดและคณะได้ศึกษาโปรแกรมความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ซึ่งผลของโปรแกรมมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากกลุ่มวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรม และวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง⁸ คัมโปและคณะ ศึกษาความเป็นไปได้ การยอมรับและผลลัพธ์ของรูปแบบความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ผ่านการประชุมทางวิดีโอสำหรับวัยรุ่นที่เป็นมะเร็งแล้วรอดชีวิตหลังการรักษา โดยผู้ที่เข้าร่วมยอมรับและเห็นประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมโปรแกรมยังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ บลัดและคณะ ศึกษาความเป็นไปได้ การยอมรับ และผลลัพธ์เบื้องต้นในกลุ่มวัยรุ่นข้ามเพศ

โดยการใช้ความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ซึ่งโปรแกรมเป็นรูปแบบออนไลน์บนแพลตฟอร์ม ZOOM แบบกลุ่ม พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามผล 3 เดือน¹⁴

ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบแนวคิดความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่ส่วนใหญ่เกิดจากความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง คิดตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ถูกเปรียบเทียบ ไม่ได้ได้รับการยอมรับ ส่งผลให้เกิดการคิดที่ขยายความมากเกินไปจนความเป็นจริง^{15,16} การฝึกสติจะช่วยหยุดความคิดที่เกินเลย ทำให้รับรู้และเกิดความรู้สึกร่วมกับภาวะปัจจุบัน สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนได้อย่างไม่เกิดอคติหรือจมดิ่งไปกับอารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น¹⁷ และความกรุณาต่อตนเองจะช่วยให้วัยรุ่นรู้จักรักตนเอง ให้อภัย ปลอบโยนและใจดีกับตนเอง แทนการตัดสิน ตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง^{17,18} ประกอบกับยังไม่มีมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อยู่ในระบบโรงเรียนที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ให้มีการฝึกทักษะความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวนักเรียนและสามารถนำไปใช้ได้ตลอดชีวิต¹⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ (Mindful Self-Compassion: MSC) มาใช้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของความคิดด้านลบต่อตนเองอย่างหมกมุ่น ครุ่นคิดตลอดเวลา จนทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังจาก

โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 12 - 16 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2566 ภาคเรียนที่ 2 ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 207 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 33 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 23 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 6 คน และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 12 - 16 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2566 ภาคเรียนที่ 2 ในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย โดยนักเรียนก็ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*POWER Version 3.1.9.7 โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของจินตามาศ ชิมหาสัจคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ เรื่องผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²⁰ ได้ค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.86 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มได้จำนวน 18 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดคือ 36 คน ระหว่างดำเนินการวิจัยที่มีกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ อาจจะมีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างย้ายโรงเรียนหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมต่อ ซึ่งทำให้เกิดการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มคือ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดคือ 40 คน เกณฑ์ในการตัดเข้า คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับ

ภาษาไทย (Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) 2) ไม่มีโรคทางจิตอื่นๆ 3) ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง จากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การยุติการศึกษา คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงระหว่างการทดลอง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เปลี่ยนใจหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างทำการศึกษาวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (pair match) ในเรื่องระดับภาวะซึมเศร้าและเพศ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทีละคู่จนครบ 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนพี่น้อง ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน โรคประจำตัวและประวัติภาวะซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย สำหรับวัยรุ่นอายุ 11 - 20 ปี แปลและปรับปรุงโดย วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ²¹ ซึ่งแปลมาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) ประกอบด้วย 9 คำถาม เพื่อบอกความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และมีแทบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน นอกจากนี้ยังได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองโดยไม่นำมาคิดคะแนน ซึ่งมีการแปลผลการประเมินคือ คะแนนรวม 0 - 4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวม 5 - 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนนรวม 10 - 14 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม 15 - 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวม 20 - 27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปทดสอบกับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตามแนวคิด Mindful Self-Compassion ของเนฟและเกอเมอร์¹² แปลเป็นภาษาไทยโดยจินตมาศ ชีมหาสัจคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ โดยได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0²⁰ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำมาใช้โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 8 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ครั้ง เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) และภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 2 ให้ความรู้และฝึกสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ครั้งที่ 3 การฝึกสติ การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิดและการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน ครั้งที่ 4 การฝึกสติเพื่อให้รู้ตามการใช้งานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง ครั้งที่ 5 การฝึกสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด ครั้งที่ 6 การฝึกสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลดปล่อยการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยากและการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก ครั้งที่ 7 การฝึกสติ การฝึกการแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) และครั้งที่ 8 การฝึกสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองเลขที่ 378-301/2566 ดำเนินการคัดกรองนักเรียนจำนวน 207 คน ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย โดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน แล้วนำข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 56 คน มาคัดตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) และจับคู่ (pair match) กลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ และทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มกลุ่มละ 20 คน

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการฝึกสติโปรแกรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in organization: Mio) ของกรมสุขภาพจิต แบบออนไลน์ และฝึกปฏิบัติการเจริญสติที่วัดป่าสุคะโต จังหวัดชัยภูมิ รวมทั้งการฝึกอบรม Mindful Self-Compassion Primer Online Course เรื่อง Introduction to Mindful Self-Compassion และศึกษาจากวิดีโอทาง YouTube ของ Center for Mindful Self-Compassion หัวข้อ Chirstopher Germer on Mindful Self-Compassion สำหรับการทดลองดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียนจำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยได้รับการดูแลทางจิตสังคมจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ซึ่งจะไม่ทราบว่าเป็นนักเรียนแต่ละคนอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แหล่งขอความช่วยเหลือ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะมีการส่งต่อเพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างใน 4 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์ หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกเพื่อรับการประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มทดลอง จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกระบวนการกลุ่ม คือ มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 8 - 12 คน²² ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ และมีการมอบหมายการบ้านให้กลับไปทำที่บ้าน ภายใต้การทำกิจกรรมกลุ่มมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ทำหน้าที่ในการสังเกตบันทึกกิจกรรมและบรรยากาศที่เกิดขึ้น เพื่อจะช่วยในการกำกับว่ากิจกรรมนั้นเป็นไปตามโปรแกรมที่วางไว้หรือไม่ ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลงแล้วพยาบาลจิตเวชชุมชนได้ประเมินภาวะซึมเศร้าทันที และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 6 สัปดาห์ เพื่อรับการประเมินภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test สถิติ Fisher's exact test และสถิติ t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อน ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA พบการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนของชุดข้อมูล (sphericity) จึงเลือกใช้วิธีทดสอบ Greenhouse-Geisser Epsilon และเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) โดยใช้วิธีทดสอบแบบ Bonferroni

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ $p > .05$ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าช่วงก่อน และภายหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และภายหลังจากสิ้นสุด 6 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ $[F(1.37, 32.76) = 136.78, p < .001]$ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละคู่ $[F(1.50, 38.30) = .51, p = .55]$ ดังตารางที่ 2 และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุด 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าช่วงหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุม จากการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Test value	p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
เพศ					0.00 ^a	1.00
ชาย	6	(30.0)	6	(30.0)		
หญิง	14	(70.0)	14	(70.0)		
อายุ					1.65 ^t	.10
12 ปี	2	(10.0)	0	(0)		
13 ปี	10	(50.0)	9	(45.0)		
14 ปี	7	(35.0)	7	(35.0)		
15 ปี	1	(5.0)	4	(20.0)		
Mean=13.55, SD= .783						
ระดับการศึกษาปัจจุบัน					3.48 ^a	.17
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	5	(25.0)	9	(45.0)		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	8	(40.0)	3	(15.0)		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	7	(35.0)	8	(40.0)		
โรคประจำตัว					.78 ^b	.66
ไม่มี	18	(90.0)	16	(80.0)		
มี หอบหืด ภูมิแพ้ ไตอักเสบ	2	(10.0)	4	(20.0)		
ความสัมพันธ์กับเพื่อน						
ใกล้ชิดสนิทสนม	20	(100)	20	(100)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					.45 ^t	.65
2 - 4 คน	10	(50.0)	8	(40.0)		
5 - 8 คน	10	(50.0)	12	(60.0)		
Mean=4.85, SD=1.406						
จำนวนพี่น้อง					1.65 ^b	.90
ลูกคนเดียว	2	(10.0)	2	(10.0)		
1 คน	8	(40.0)	6	(30.0)		
2 คน	4	(20.0)	5	(25.0)		
3 คน	5	(25.0)	4	(20.0)		
มากกว่า 3 คน	1	(5.0)	3	(15.0)		
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)					2.11 ^b	.60
น้อยกว่า 5,000 บาท	8	(40.0)	10	(50.0)		
5,001 - 10,000 บาท	6	(30.0)	7	(35.0)		
10,001 - 20,000 บาท	4	(20.0)	1	(5.0)		
มากกว่า 20,000 บาท	2	(10.0)	2	(10.0)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Test value	p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา					1.97 ^b	.72
คู่	7	(35.0)	8	(40.0)		
แยกทาง/หย่าร้าง	10	(50.0)	10	(50.0)		
หม้าย (บิดา/มารดาเสียชีวิต)	3	(15.0)	1	(5.0)		
ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต	0	(0)	1	(5.0)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย					3.39 ^b	.38
บิดาและมารดา	4	(20.0)	3	(15.0)		
มารดา	6	(30.0)	2	(10.0)		
ปู่ ย่า ตา ยาย	9	(45.0)	14	(70.0)		
อื่นๆ บ่า น้า	1	(5.0)	1	(5.0)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					.00 ^b	1.00
ใกล้ชิดสนิทสนม	16	(80.0)	16	(80.0)		
มีปัญหา ไม่เข้าใจกัน	4	(20.0)	4	(20.0)		
ประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว					1.11 ^b	.60
ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้า	17	(85.0)	19	(95.0)		
มีประวัติโรคซึมเศร้า	3	(15.0)	1	(5.0)		

^a=Chi-square test, ^b=Fisher's exact test, ^c=t-test

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ช่วงก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สิ้นสุดทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ระหว่างเวลา	235.90	1.37	171.45	136.78	<.001	1.03	1.50	.68	.51	.55
ภายในช่วงเวลาเดียวกัน	32.76	26.14	1.52			38.30	28.65	1.33		

เฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ พบว่าทั้งหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=7.77, p<.01$) ($t=13.22, p<.01$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ดัง**ตารางที่ 4**

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยผลการศึกษาพบว่าสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ได้รับการสนับสนุน คือ

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการ

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ช่วงก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสั้นสุดทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะของการได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
		ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	หลังได้รับ		ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	หลังได้รับ
	X ⁻	โปรแกรม	โปรแกรม	โปรแกรม 6 สัปดาห์	X ⁻	โปรแกรม	โปรแกรม	โปรแกรม 6 สัปดาห์
		8.60	4.95	4.00		8.60	8.30	8.55
ก่อนได้รับโปรแกรม	8.60	-	3.65**	4.60**	8.60	-	.30	.05
หลังได้รับโปรแกรม	4.95		-	.95**	8.30		-	-.25
หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	4.00			-	8.55			-

**p< .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสั้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	df	p-value
	X ⁻	SD	X ⁻	SD			
ก่อนได้รับโปรแกรม	8.60	2.13	8.60	2.08	0.00	19	1.00
หลังได้รับโปรแกรม	4.95	1.09	8.30	1.97	7.77	19	<.001
หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	4.00	1.17	8.55	2.03	13.22	19	<.001

เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บลัธและคณะ⁸ ที่พบว่าวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ คัมโปและคณะ¹³ ที่พบว่าผู้เข้าร่วมเห็นประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม และมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ บลัธและคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามผล 3 เดือน ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากองค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรมที่ทุกขั้นตอนของกิจกรรมจะมีการฝึกสติ ด้วยวิธีการรับรู้ลมหายใจ การฝึกรับรู้ความรู้สึกทางกาย (body scan) และมีการใช้เครื่องเตือนสติ ซึ่งทำให้ลดอาการทางด้านความคิดของผู้เข้าร่วมโปรแกรมลง โดยทำให้ไม่จมอยู่กับความคิดด้านลบ ประสบการณ์ที่เลวร้ายและหมกมุ่นครุ่นคิดถึง ความทุกข์ ความผิดหวังที่ผ่านมา²³⁻²⁵ ส่งผลให้ตระหนักรู้กับปัจจุบัน เกิดสภาวะจิตพักแต่รู้ตัวตลอดเวลา จิตว่างจากความคิดทั้งปวง จนเกิดความผ่อนคลาย^{17,26} นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะ

ความกรุณาต่อตนเอง ด้วยการฝึกกอดตัวเอง ปล่อยโยนตัวเอง ด้วยการพูดกับตัวเอง การค้นหาเสียงความกรุณาต่อตนเอง การเมตตาและให้อภัยตัวเอง ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการสร้างฮอริโมนออกซิโทซิน²⁷ ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย อารมณ์อ่อนโยนสงบ ใจดีกับตัวเอง เห็นอกเห็นใจตัวเอง สามารถปฏิบัติต่อตนเองด้วยความรักและความเข้าใจอย่างอ่อนโยนในยามที่ตนเองประสบกับความทุกข์ ความผิดพลาดและความล้มเหลว โดยไม่ตัดสินตนเอง ด้วยการกล่าวโทษ ต่ำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง^{12,24,25} และทำให้เกิดความเข้าใจว่าทุกคนล้วนต้องพบเจอทั้งความสุข ความทุกข์ ความผิดพลาด ความผิดหวัง ไม่ใช่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงคนเดียว ส่งผลให้ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกจากคนอื่น ทำให้มีความหวังในการจัดการกับความทุกข์ ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้จมอยู่กับความคิดหรืออารมณ์ทางด้านลบ²³⁻²⁵ ประกอบกับกิจกรรมในโปรแกรมมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าและตระหนักรู้ในผลกระทบจากโรคซึมเศร้า

ที่มีผลต่อชีวิตตนเอง องค์ประกอบทั้งหมดของกิจกรรมในโปรแกรม การเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสตินี้ จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมลดลงได้

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนฟและเกอเมอร์¹² ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรมที่มีทั้งการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฝึกปฏิบัติร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในวิธีการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดจนก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ เออร์วิน ดี ยาลอม^{22,28} และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มที่ประสบปัญหาคล้ายกัน ทำให้ตระหนักว่าตนเองไม่ใช่คนเดียวในโลกที่มีปัญหารวมทั้งได้รับกำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจจากผู้เข้าร่วมกลุ่มในการต่อสู้กับปัญหาของตนเอง ก่อให้เกิดการเพาะความหวัง ไม่ยอมจำนนกับปัญหานั้น²⁵ เกิดความรู้สึกได้ทำประโยชน์ เมื่อตนเองแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้กับคนอื่น ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น²⁵ เกิดการเรียนรู้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้วยการสื่อสารอย่างมีสติ มีการปรับและแก้ไขปัญหาร่วมกันที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดทักษะการเข้าสังคม ได้เปิดเผยตนเองและฝึกการกล้าพูด กล้าหาญ ขอบอกคุณ จนทำให้เกิดความเป็นปึกแผ่นความคุ้นเคยกัน ไว้วางใจกัน เห็นอกเห็นใจกันภายในกลุ่มและพร้อมที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหา ความทุกข์ยาก ซึ่งจากปัจจัยทั้งหมดจึงส่งผลให้ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างชัดเจนในนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

ข้อจำกัด

การวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย แต่ก็ได้มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับตอบคำถามงานวิจัยนี้ และเป็นการศึกษาผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีและสิ้นสุดโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์ซึ่งเป็นการศึกษาระยะสั้น ประกอบกับศึกษาเฉพาะกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากเป้าหมายของการศึกษาคือลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า จึงไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงได้

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลดลง จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ลดระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และควรมีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งในประชากรกลุ่มอื่นๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณจินตมาศ สิมหาสัจคุณ และ รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้ปกครอง ที่กรุณาอนุญาตให้นักเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นายสันติภาพ เยี่ยมโรส: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; รองศาสตราจารย์ดร. ดรฤณี รุจกรกานต์: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาในกระบวนการวิจัย ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2022; 61(2): 287-305.
2. Lu B, Lin L, Su X. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024; 354: 553-62.
3. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 public health region: prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents. *J Ment Health Thai* 2020; 28(2): 136-49.
4. Nakhon Ratchasima Health Provincial Office. Annual report 2023. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Health Provincial Office; 2023.
5. H.R.H. The Princess Mother's Centenary Celebration Hospital. Annual report 2023. Nakhon Ratchasima: H.R.H. The Princess Mother's Centenary Celebration Hospital; 2023.
6. Boonprathum P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing depression among adolescents in extended opportunity schools. *J Pub Health Nurse* 2017; 31(2): 43-58.
7. Bartoskova M, Sevcikova M, Durisko Z, Maslej MM, Barbic SP, Preiss M, Andrews PW. The form and function of depressive rumination. *Evolution and Human Behavior* 2018; 39(3): 277-89.
8. Bluth K, Gaylord SA, Campo RA, Mullarkey MC, Hobbs L. Making friends with yourself: a mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness* 2016; 7(2): 479-92.
9. Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, Webb M, Finlay-Jones A. A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Adm Policy Ment Health* 2022; 49(3): 385-403.
10. Hughes M, Brown SL, Campbell S, Dandy S, Cherry MG. Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: a systematic review. *Mindfulness* 2021; 12: 1597-610.
11. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: a meta-analysis of RCTs. *Mindfulness* 2019; 10(8): 1455-73.
12. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013; 69(1): 28-44.
13. Campo RA, Bluth K, Santacroce SJ. A mindful self-compassion videoconference intervention for nationally recruited post treatment young adult cancer survivors: feasibility, acceptability, and psychosocial outcomes. *Support Care Cancer* 2017; 25(6): 1759-68.
14. Bluth K, Lathren C, Clepper-Faith M, Larson LM, Okunbamowo DO, Pflum S. Improving mental health among transgender adolescents: implementing mindful self-compassion for teens. *Journal of Adolescent Research* 2021; Advance online publication. doi: 10.1177/07435584211062126.
15. Insuanee P, Saengpak C, Mueanchoo S. Nursing care of adolescent with depression. *JNHR* 2017; 18(2): 14-27.
16. Suntaphun P, Bussahong S, Srisoem C. Adolescent depression: nursing roles. *KJN* 2019; 26(1): 187-99.
17. Phoyen K. Enhancing happiness in life with the concept of self-compassion. *J Education Silpakorn University* 2023; 21(2): 11-23.
18. Thammarongpreechachai P. Wisdom of happiness through self-compassion. *J Liberal Arts Maejo University* 2021; 9(2): 224-37.
19. Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol* 2023; 74: 193-218. doi: 10.1146/annurev-psych-032420-031047.
20. C-Maharsujchakuen J, Uthis P. The effect of mindful self-compassion training program on depression in persons with depressive disorder. *J Royal Thai Navy Medical* 2019; 46(1): 98-114.
21. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A). Bangkok: Beyond publishing; 2018.
22. Tungpunkom P. Group psychotherapy for health care professions: concept and applications. 2nd ed. Chiang Mai: Krongchang printing; 2014.
23. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin B, Robinson M, Meier B, editors. *Handbook of mindfulness and self-regulation*. New York: Springer; 2015. p. 121-37.
24. Dreisoerner A, Junker NM, Van Dick R. The relationship among the components of self-compassion: a pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *J Happiness Stud* 2021; 22: 21-47.
25. Lotrakul M, Sukanich P. *Ramathibodi Essential Psychiatry*. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
26. Department of Mental Health. *Mindfulness in organization: MIO*. 4th ed. Bangkok: Beyond publishing; 2017.
27. Jiang J, Yang M, Tian M, Chen Z, Xiao L, Gong Y. Intertwined associations between oxytocin, immune system and major depressive disorder. *Biomed Pharmacother* 2023; 163: 114852.
28. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. 6th ed. New York: Basic Books; 2020.