

ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ*, ชูชาติ วงศ์อนุชิต**

*พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในครั้งนี้ ประชากรในการวิจัย คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 15 - 18 ปี ที่จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง (42 ราย) ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (42 ราย) ได้รับการดูแลด้วยระบบการช่วยเหลือตามปกติในโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย และแบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ซึ่งใช้เก็บข้อมูลในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง คือ การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว และการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอร์โรนี

ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการทดลองทันที โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองลดต่ำลง ($p=.004$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.020$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันกลุ่มทดลองมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p=.013$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.013$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่พึงประสงค์ดังกล่าวนี้ ไม่สามารถคงอยู่นานไปจนถึงระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุป ถึงแม้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาจะมีประสิทธิผลสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ แต่โปรแกรมหากล่าวนี้ ก็ยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนคงอยู่นานได้ในระยะยาว

คำสำคัญ ความแข็งแกร่งในชีวิต นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: ชูชาติ วงศ์อนุชิต

กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: choochart.d@gmail.com

วันรับ : 8 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 11 มิถุนายน 2567 วันตอบรับ : 11 กรกฎาคม 2567

The Effect of Resilience and Coping Intervention to Reduce Depression in Senior High School Students

Chanokchon Khotsombat*, Choochart Wong-Anuchit**

*Master of Nursing Science Student (Psychiatric and Mental Health Nursing), Mahasarakham University Faculty of Nursing

**Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Mahasarakham University Faculty of Nursing

ABSTRACT

Objective: To study the effect of a Resilience and Coping Intervention (RCI) on reducing depression in senior high school students.

Methods: The study used a quasi-experimental, pre-post-intervention design. The research population was high school students aged 15 - 18 years in one northeastern province in Thailand. The sample of 84 students was assigned to either an experimental group (n=42) in the RCI program for three weeks or a control group (n=42) for the school's regular support program. Instruments used to measure the variables included a demographic characteristics form, the Thai versions of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) for depression, and the Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC). Data were collected pre-intervention (baseline), immediately upon the program's completion, and one-month post-intervention. Descriptive statistics, independent t-test, one-way repeated measures ANOVA, and multiple comparisons of Bonferroni were used for data analysis.

Results: Immediately after program completion, the RCI significantly reduced depression scores in the experimental group ($p=.004$) and were significantly lower than those in the control group ($p=.020$). Similarly, the experimental group showed a significant increase in resilience scores over baseline ($p=.013$) and were significantly higher than those in the control group ($p=.013$). However, these positive effects were not sustained one month after program completion.

Conclusion: Although the three-week RCI program demonstrated effectiveness by reducing depression and increasing resilience, it did not provide lasting relief for the high school students.

Keywords: Depression, High school students, Resilience

Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit

E-mail: choochart.d@gmail.com

Received 8 May 2024 Revised 11 June 2024 Accepted 11 July 2024

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่พบมากที่สุด ในวัยรุ่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทวีปเอเชียเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสูงที่สุด¹ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13 - 17 ปี ร้อยละ 1.6 โดยพบว่าวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าอายุ 11 - 14 ปี² ซึ่งนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายนับว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีความเปราะบาง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการต้องเผชิญและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายๆ ด้าน ในช่วงสุดท้ายของการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาซึ่งเป็นช่วงที่มีเนื้อหาการเรียนที่เข้มข้น ต้องตัดสินใจเตรียมตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในอนาคตทั้งในเรื่องการศึกษาต่อหรือการประกอบอาชีพ มีการแข่งขันกันเพิ่มขึ้น และมักจะมีความกังวลกับการวางแผนในอนาคตของตนเอง ประกอบกับบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันที่ครอบครัวมักจะคาดหวังในการศึกษาของวัยรุ่นมากขึ้น³ ทำให้เกิดผลกระทบกับวัยรุ่นคือถูกคาดหวังทั้งทางด้านการเรียน สัมพันธภาพ และสังคม จึงเกิดเป็นความสับสนวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ในลักษณะที่มีความรุนแรงและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังที่ถูกรู้จักว่า “วัยรุ่นพายุแคม” จากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมานี้ทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาอยู่ตลอดเวลา นับว่าเป็นวัยที่เกิดความขัดแย้งในจิตใจได้ง่ายและมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้สูง⁴ ดังนั้นวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อจึงเป็นช่วงภาวะวิกฤตของชีวิต⁵ หากวัยรุ่นไม่สามารถผ่านพ้นช่วงนี้ไปได้ดีพอ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพจิตตามมา โดยเฉพาะความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น เช่น การใช้สารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ⁶ โดยมีข้อมูลจากทั่วโลกพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของคนอายุ 15 - 29 ปี⁷ ซึ่งวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 6.9 ต่อแสนประชากร⁸ และวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีอาการซึมเศร้าเข้ามาก่อนเสมอ⁹ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากส่งผลการสูญเสียความสามารถในการเรียน การเข้าสังคม และเป็นสาเหตุสำคัญลำดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะของกลุ่มวัยรุ่น 15 - 19 ปี¹⁰

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน¹¹ ความผูกพัน ในครอบครัว¹² ปัญหาภาวะสุขภาพเรื้อรัง¹³ ทักษะการเผชิญปัญหา¹⁴ และความแข็งแกร่งในชีวิต¹⁵ โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอาจแสดงอาการ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว รู้สึกไร้ค่า มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะทำให้มีความรุนแรงจนอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกที่มีประสิทธิภาพ คือ การค้นหา คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและให้ความช่วยเหลืออย่างทันเวลาที่ เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามวัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนมากถึง 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นโรงเรียนจึงนับว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะเป็นสถานที่ที่เอื้อให้สามารถเข้าถึงวัยรุ่นได้ดี¹⁶ วัตถุประสงค์การเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสะดวกในการเดินทาง การจัดโปรแกรมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนจึงถือเป็นการป้องกันและช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสำหรับเยาวชนของ Werner-Seidler และคณะ¹⁷ พบว่า ที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในโรงเรียน เช่น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม¹⁸ โปรแกรมการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล¹⁹ และโปรแกรมการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา²⁰ โดยพบว่ารูปแบบการบำบัดเหล่านี้มีส่วนช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ²¹ สำหรับในประเทศไทยมีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา จัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นว่าเริ่มมีอาการซึมเศร้าเพื่อป้องกันไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นโรคในที่สุด²²

เมื่อวัยรุ่นเกิดปัญหาหรือความเครียดขึ้นแล้ว แต่ละคนก็จะพยายามแสวงหาวิธีการในการจัดการปัญหาของตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำเป็นต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและเผชิญภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างมาก ซึ่งคุณลักษณะประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ “ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience)” ซึ่งเป็นศักยภาพของบุคคลหรือกระบวนการปรับตัวให้สามารถยืดหยุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรับมือกับความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เมื่อต้อง

เผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ การเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน²³ การขาดความแข็งแกร่งในชีวิตหรือมีในระดับต่ำส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤติต่างๆ ลดลง อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ในที่สุด ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์วิกฤติต่างๆ วัยรุ่นเหล่านั้นก็จะสามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้น้อยลง²⁴ และช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าได้²⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับเด็กและวัยรุ่นในสถานศึกษา พบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรมและความทุกข์ทางใจได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁶ โดยพบว่า มีรูปแบบการบำบัดจำนวน 5 โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ และโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด คือ การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา (Resilience and Coping Intervention: RCI) ซึ่งใช้เวลาดำเนินกิจกรรมเพียง 3 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาของโปรแกรมไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต²⁷ โดยโปรแกรม RCI นับว่าเป็นกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อใช้กับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อช่วยให้สามารถระบุมุมมอง ความคิด ความรู้สึก และการเผชิญสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจ พฤติกรรม และความสัมพันธ์หลังจากที่พบเจอกับเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ที่เป็นปัญหาอันก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน²³ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที จากผลการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) พบว่าโปรแกรม RCI ช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁸ ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้ยังไม่ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย อีกทั้งยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับวัยรุ่นในสถานศึกษามาบ้าง เช่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา²⁹ ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ³⁰ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ³¹ โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 - 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 45 - 90 นาที อย่างไรก็ตาม

การศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียนนับว่ายังไม่หลากหลายมากนัก นอกจากนี้การจัดกิจกรรมในโรงเรียนที่ต้องคำนึงถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดกระทบต่อการเรียน ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อนักเรียนสูงสุด จากเหตุผลในเรื่องเนื้อหา กิจกรรมที่มีการระบุปัญหา การอธิบายถึงปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการประสบปัญหา การสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเองเมื่อเกิดปัญหา การระดมความคิดเพื่อค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ๆ และพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีที่ปลอดภัย สามารถทำได้จริง พร้อมนำไปทดลองปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มพลังความสามารถในการจัดการปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมไปถึงระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่สั้น กระชับ ประกอบกับผลยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม RCI ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหามาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำโปรแกรม RCI มาใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในบริบทของสังคมไทย เพราะนอกจากจะเป็นช่วงวัยวิกฤติที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของวัยรุ่นแล้ว ยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆ เช่น การกลั่นแกล้งรังแก การเสพติดโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ความกดดันในด้านการศึกษา ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด รวมไปถึงสภาพครอบครัวและสังคมที่มีความเปราะบาง ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมและพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับความยากลำบากเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ ปัญหาอุปสรรค หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลของโปรแกรม RCI โดยมีสมมติฐาน คือ การมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และพัฒนาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นในการพูดคุยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี เติบโตไปสู่ผู้ใหญ่และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ วัดซ้ำเปรียบเทียบของกลุ่ม (the control- group pretest - posttest time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตและการเผชิญปัญหาต่อภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดำเนินการทดลองที่ โรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง ณ จังหวัดหนึ่งในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขนาดกลาง 2 แห่ง จำนวนโรงเรียนละ 42 คน โดยผู้วิจัยทำการ จับสลากเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษา ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง สำหรับทำโปรแกรม RCI เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และจับสลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือ นักเรียนตามปกติในโรงเรียน โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย มหาสารคาม เลขที่ 346-299/2566 เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2566 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัย ในโรงเรียนจากผู้อำนวยการโรงเรียน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าพบกับ กลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย สอบถาม ความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และทำ หนังสือขอความยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ เมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งนักเรียนและ ผู้ปกครองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและ เก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรของการวิจัย ในครั้งนี้คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 - 18 ปี ที่กำลัง ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขนาดกลาง ณ จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศไทย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากนักเรียนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ การคัดเลือก คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จากการใช้แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย ได้คะแนนอยู่ ระหว่าง 5 - 9 คะแนน โดยไม่พบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 2) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและได้รับการลงนามยินยอมให้ เป็นอาสาสมัครจากนักเรียนและผู้ปกครอง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 โดยในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size: ES) คือ 1.16 จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรม การเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้า และความ แข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ วิจิตร จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ ทศนา ทวีคุณ³¹ มาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าว ไม่สามารถ เทียบเคียงกันได้อย่างสมบูรณ์กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของผู้วิจัย ครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าตามเกณฑ์ขั้นต่ำของค่า ES ขนาดสูงที่ โคเฮน³² กำหนดไว้คือ 0.8 มาใช้ในการกำหนดขนาดอิทธิพล กำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.95 และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระ ต่อกัน (independent t-test) และได้กำหนดการทดสอบเป็นแบบ ทางเดียว (one-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เพื่อป้องกันการ สูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการทดลอง (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 15 ทำให้ การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และ กลุ่มควบคุม 42 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ ประกอบไปด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและ เติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ ชั้นเรียน อายุ ผลการศึกษา เฉลี่ยสะสม (GPA) ภาวะสุขภาพ บุคคลที่พักอาศัยด้วย สถานภาพ สมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัว เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง และจำนวนเพื่อนสนิท
- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (self-report) เหมาะสำหรับวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 20 ปี ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน Patient health questionnaire (PHQ-9) ที่สร้างขึ้นโดย Dr. Robert และคณะ ในปี ค.ศ. 1999 แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นราชชนครินทร์³³ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ

เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และมีแทบทุกวัน (3 คะแนน) โดยมีคะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน แบบประเมินนี้มีคำถามเพิ่มเติมอีก 2 คำถาม เกี่ยวกับกรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง โดยไม่ต้องนำมาคิดคะแนน ในการแปลผลถ้าคะแนนรวมของเครื่องมือนี้ยิ่งมากสะท้อนถึงว่ายิ่งมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง โดยสามารถแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนรวม 0 - 4) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนนรวม 5 - 9) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (คะแนนรวม 10 - 14) มีภาวะซึมเศร้ามาก (คะแนนรวม 15 - 19) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (คะแนนรวม 20 - 27) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ามีความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

3) แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davidson resilience scale: 10-item CD-RISC) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน 10-item measure of resilience ของ Campbell-Sills & Stein ในปี 2007³⁴ และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องศิริมาศ และคณะ³⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ likert scales มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) เห็นด้วยบางครั้ง (2 คะแนน) เห็นด้วยบ่อยครั้ง (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) โดยมีคะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน ในการแปลผลถ้าหากคะแนนรวมของเครื่องมือนี้ยิ่งมากสะท้อนถึงว่ายิ่งมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูง จากการศึกษาในประเทศไทยกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 ได้มีการกำหนดเกณฑ์ไว้ว่าหากใช้เครื่องมือนี้ประเมินแล้วพบว่ามีความน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 แปลผลได้ว่ามีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่ำ³⁶ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ามีความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรม RCI เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น เพื่อช่วยให้สามารถระบุนึกความคิด ความรู้สึก และการเผชิญสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจ พฤติกรรม

และความสัมพันธ์หลังจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เป็นปัญหาหรือความท้าทาย และความเครียดในชีวิตประจำวัน²³ เป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหา รวมถึงการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ซึ่งทีมผู้วิจัยได้ทำการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษและดำเนินการปรับ intervention เพื่อนำมาใช้ตามบริบทของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับแล้ว หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยได้ทำการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษและดำเนินการปรับ intervention เพื่อนำมาใช้ตามบริบทของประเทศไทยภายใต้หลักการประยุกต์ใช้ intervention คือ ADAPT-ITT model ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน³⁷ คือ ทำการประเมินความสอดคล้องของโปรแกรม RCI กับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย (assessment: A) เมื่อตัดสินใจเลือกใช้โปรแกรมแล้ว (decision: D) จึงทำการแปลโปรแกรมต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ที่มีความรู้ในด้านภาษาอังกฤษ รวมถึงมีประสบการณ์กับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา ช่วยในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปล และทำ theatre testing คือ การนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (administration: A) จากนั้นนำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการทำ theatre testing มาปรับปรุงใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย (production: P) และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของกิจกรรม (topical experts: T) หลังจากนั้นดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ (integration: I) เมื่อโปรแกรมแล้วเสร็จจึงฝึกฝนการทำกลุ่มตามโปรแกรม RCI โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสังเกตการณ์ (training: T) และทำการทดลองโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผล (testing: T)

ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม RCI จะดำเนินการโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (facilitator-1) และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้นำกลุ่มร่วม (facilitator-2) ซึ่งจะมีหน้าที่จดบันทึกคำตอบของสมาชิกกลุ่มในระหว่างกระบวนการสนทนา โดยผู้ดำเนินการกลุ่มทั้ง 2 ราย ได้ผ่านการอ่านศึกษาโปรแกรมตามคู่มือและฝึกฝนการทำกลุ่มร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายจริง พร้อมทั้งมีการบันทึกรายละเอียดในการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง โดยใช้แบบประเมินการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้นำกลุ่ม และแบบรายงานการจัดกิจกรรม ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ร่วมเพื่อกำกับติดตามให้การดำเนินกิจกรรมทุกครั้งเป็นไปตามแบบแผนครบถ้วนทุกขั้นตอน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

ถึงแม้ว่าโปรแกรม RCI จะสามารถจัดกิจกรรมให้แล้วเสร็จได้ครั้งเดียวพร้อมติดตามผลภายในหนึ่งสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม Dr. Sandra F. Allen ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้ควรจัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรม²³ นอกจากนี้ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาโดย Houston และคณะ²⁸ พบว่า การจัดโปรแกรม RCI จำนวน 3 ครั้งภายใน 3 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตและความหวังพร้อมทั้งช่วยให้อาการเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงยังคงดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวไว้ข้างต้น

โปรแกรม RCI กำหนดให้มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้กลุ่มละ 5 - 10 คน โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ซึ่งกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบไปด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นการจัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่สำหรับทำกิจกรรม รวมไปถึงการขออนุญาตจากผู้ปกครองและสมาชิกก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2: การเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นการเกริ่นนำเพื่อเข้าสู่กิจกรรมกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกติกากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3: การระบุปัญหา เป็นการเลือกปัญหาหรือข้อกังวลที่จะพูดคุยกันในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 4: การอธิบายถึงปัญหาและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อเจาะลึกลงไปในเรื่องละเอียดของปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 5: การสำรวจความคิดและความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดปัญหา

ขั้นตอนที่ 6: การระบุปัญหาในปัจจุบัน เพื่อสำรวจปัญหาต่อเรื่องอื่นๆ ที่กำลังเกิดขึ้นตามมาจากปัญหาหลักที่ระบุไว้ในตอนต้น

ขั้นตอนที่ 7: การระดมความคิดเพื่อค้นหาทางเลือกทั้งหมดที่สามารถทำได้ เพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 8: การพิจารณาผลที่ตามมาจากทางเลือกที่ระบุไว้ในขั้นตอนก่อนหน้า เพื่อระบุว่าทางเลือกเหล่านั้นเป็นประโยชน์เป็นอันตราย หรือเป็นทั้งประโยชน์และอันตราย

ขั้นตอนที่ 9: การพัฒนาแผนปฏิบัติการจากทางเลือกที่เป็นประโยชน์ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 10: การให้คำมั่นสัญญาที่จะปฏิบัติตามแผน โดยการเปล่งวาจาและเขียนคำมั่นสัญญาของตนเองลงในกระดาษโน้ต (แผ่นกระดาษ post-it) และนำกลับไปเพื่อใช้เตือนตนเองหลังจากที่ผู้นำกลุ่มดำเนินการเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้วจึงปิดกิจกรรมกลุ่ม

สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์ 2 และ 3 จะมีการเพิ่มเติมขั้นตอนในการติดตามผลการเข้าร่วมกลุ่ม RCI ในครั้งที่ผ่านมา โดยการร่วมกันพิจารณาถึงสิ่งที่กลุ่มได้ดำเนินการจัดการกับปัญหาที่ได้ระบุไว้แล้วตั้งแต่เสร็จสิ้นกลุ่มครั้งก่อนหน้านี เพื่อเป็นการสำรวจและประเมินว่าสมาชิกกลุ่มได้มีการจัดการหรือเผชิญกับปัญหานั้นๆ อย่างไร ส่วนของโปรแกรม RCI ในการติดตามผลมี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนเนื้อหาและประเด็นต่างๆ ของกลุ่ม RCI ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในครั้งก่อนหน้า ขั้นตอนที่ 2 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รายงานความก้าวหน้า ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาถึงความพึงพอใจในความก้าวหน้าของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนแผนปฏิบัติการ (ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มไม่พึงพอใจในแผนปฏิบัติการที่เลือกไว้ในครั้งก่อน) ขั้นตอนที่ 5 ระบุหัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม RCI ใหม่อีกครั้ง ถ้าหากว่าสมาชิกกลุ่มมีความพึงพอใจในแผนปฏิบัติการที่เลือกไว้ในครั้งก่อนแล้วก็พร้อมที่จะก้าวไปสู่การจัดการกับปัญหาหรือความท้าทายในประเด็นใหม่ต่อไป ซึ่งจะเป็นดำเนินการกลุ่ม RCI ซ้ำอีกครั้งใน 10 ขั้นตอนที่ได้กล่าวไว้ตามลำดับตั้งแต่ต้น

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม RCI ต้นฉบับที่ยังไม่มีการดัดแปลงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันกับประชากรที่ต้องการศึกษา ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนขนาดกลางที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเดียวกัน โดยมีสมาชิกกลุ่มจำนวน 6 คน แล้วนำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้รับจากสมาชิกกลุ่มที่ทำการทดลองใช้และผู้สังเกตการณ์ไปปรับปรุง intervention และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญ

ด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คุณครู ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงเรียน และอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รวมทั้งหมด 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเหมาะสมของกิจกรรม จากการคำนวณหาค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.92

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกจากโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ มีการเรียนการสอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นโรงเรียนขนาดกลาง ตั้งอยู่ในอำเภอและจังหวัดเดียวกัน มีนโยบายและระบบการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต และที่ผ่านมารวมถึงในภาคการศึกษาปัจจุบันไม่มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งได้โรงเรียนมัธยมศึกษาที่เข้าเกณฑ์ 9 แห่ง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยทำการจับฉลากเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม และครั้งที่ 3 เป็นโรงเรียนที่จะใช้ทดสอบโปรแกรมก่อนการนำไปปรับปรุงเพื่อนำไปใช้จริงกับโรงเรียนกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน รวมเป็นจำนวน 84 คน อย่างไรก็ตามในระหว่างการวิจัยมีการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 37 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 44 ทั้งนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าสาเหตุการสูญหายของกลุ่มทดลองนั้นเกิดจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมนั้นตรงกับช่วงเวลาที่โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมอื่นๆ เช่น การแข่งขันศิลปหัตถกรรม การจัดกิจกรรมส่งท้ายปีเก่า การสอบกลางภาค เป็นต้น โดยเฉพาะในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้มีการจัดกิจกรรมแนะแนวการศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย ทำให้นักเรียนให้ความสำคัญในการเข้าร่วมโปรแกรมน้อย หรืออาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครึ่ง ส่วนสาเหตุการสูญหายในกลุ่มควบคุมนั้นเกิดจากนักเรียนไม่ได้มาโรงเรียนในวันที่มีการตอบแบบสอบถาม จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้รวมทั้งสิ้น 47 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน

เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลืออยู่ภายหลังจากการทดลองพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 1 คน มีการตอบแบบสอบถาม

ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการวิจัยในลักษณะสุดโต่ง (outliers) ผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อมูลทั้งสองชุดออก ทำให้การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลืออยู่รวมทั้งสิ้น 45 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ดังแสดงรายละเอียดในแผนภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลือ เมื่อนำไปคำนวณย้อนกลับเพื่อหาค่า power analysis โดยโปรแกรม G*Power พบว่าค่า power อยู่ในระดับที่น่าพอใจและไม่เป็นปัญหา ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงบรรยายในการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป และใช้สถิติอ้างอิงในการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต โดยใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในช่วงเวลาที่ต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 45 คน ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.40) กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 37.80) มีอายุ 15 - 18 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 16.62 ปี ผลการศึกษาเฉลี่ยสะสม โดยเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.53 มีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 88.90) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 64.40) บิดามารดามีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.90) รายได้ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 75.60) โดยมีรายได้เฉลี่ย 23,088.89 บาท ต่อเดือน ได้รับเงินจากผู้ปกครองวันละ 50 - 100 บาท (ร้อยละ 82.20) โดยเฉลี่ยแล้วเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองเท่ากับ 103.11 บาทต่อวัน ซึ่งเพียงพอและเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=45)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=45)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ^a							.541	.682
ชาย	7	15.60	4	20.00	3	12.00		
หญิง	38	84.40	6	80.00	22	88.00		
ชั้นเรียน							.088	.957
มัธยมศึกษาปีที่ 4	12	26.70	5	25.00	7	28.00		
มัธยมศึกษาปีที่ 5	16	35.60	7	35.00	9	36.00		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	17	37.80	8	40.00	9	36.00		
อายุ (ปี)							1.624	.202
15 - 16	20	44.40	11	55.00	9	36.00		
17 - 18	25	55.60	9	45.00	16	64.00		
Mean=16.62, SD=.81								
ผลการศึกษาเฉลี่ยสะสม^a							.087	1.000
2.01 - 3.00	6	13.30	3	15.00	3	12.00		
3.01 - 4.00	39	86.70	17	85.00	22	88.00		
Mean=3.53, SD=.37								
ภาวะสุขภาพ^a							2.880	.155
สุขภาพแข็งแรงดี	40	88.90	16	80.00	24	96.00		
มีโรคประจำตัว	5	11.10	4	20.00	1	4.00		
บุคคลที่พักอาศัยด้วย							.485	.486
บิดาและมารดา	29	64.40	14	70.00	15	60.00		
อื่นๆ	16	35.60	6	30.00	10	40.00		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา							.627	.428
สมรส	31	68.90	15	75.00	16	64.00		
อื่นๆ	14	31.10	5	25.00	9	36.00		
รายได้ครอบครัว (บาท)^a							.602	.500
0 - 10,000	11	24.40	6	30.00	5	20.00		
มากกว่า 10,000	34	75.60	14	70.00	20	80.00		
Mean=23,088.89, SD=17,818.30								
เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท)^a							.190	.716
50 - 100	37	82.20	17	85.00	20	80.00		
101 - 200	8	17.80	3	15.00	5	20.00		
Mean=103.11, SD=29.68								
ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง							.926	.372
เพียงพอ	28	62.20	14	70.00	14	56.00		
เพียงพอและเหลือเก็บ	17	37.80	6	30.00	11	44.00		
จำนวนเพื่อนสนิท^a							1.674	.495
มีมากกว่า 2 คน	43	95.60	20	100.00	23	92.00		
ไม่มี/มีน้อยกว่า 2 คน	2	4.40	0	0.00	2	8.00		

a=Fisher's exact test

มีเพื่อนสนิทมากกว่าสองคน (ร้อยละ 95.60) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.020$) โดยมีค่า *Hedges'g* ES เท่ากับ $.74$ (95% CI $[.13, 1.34]$) และเมื่อติดตามผลภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.013$) โดยมีค่า *Hedges'g* ES เท่ากับ $-.75$ (95% CI $[-1.35, -.14]$) และเมื่อติดตามผลภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

2. ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการทดสอบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.45, p=.018$) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทุกๆ ช่วงที่ประเมิน ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.72, p=.002$) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทุกๆ ช่วงที่ประเมินเช่นเดียวกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบ

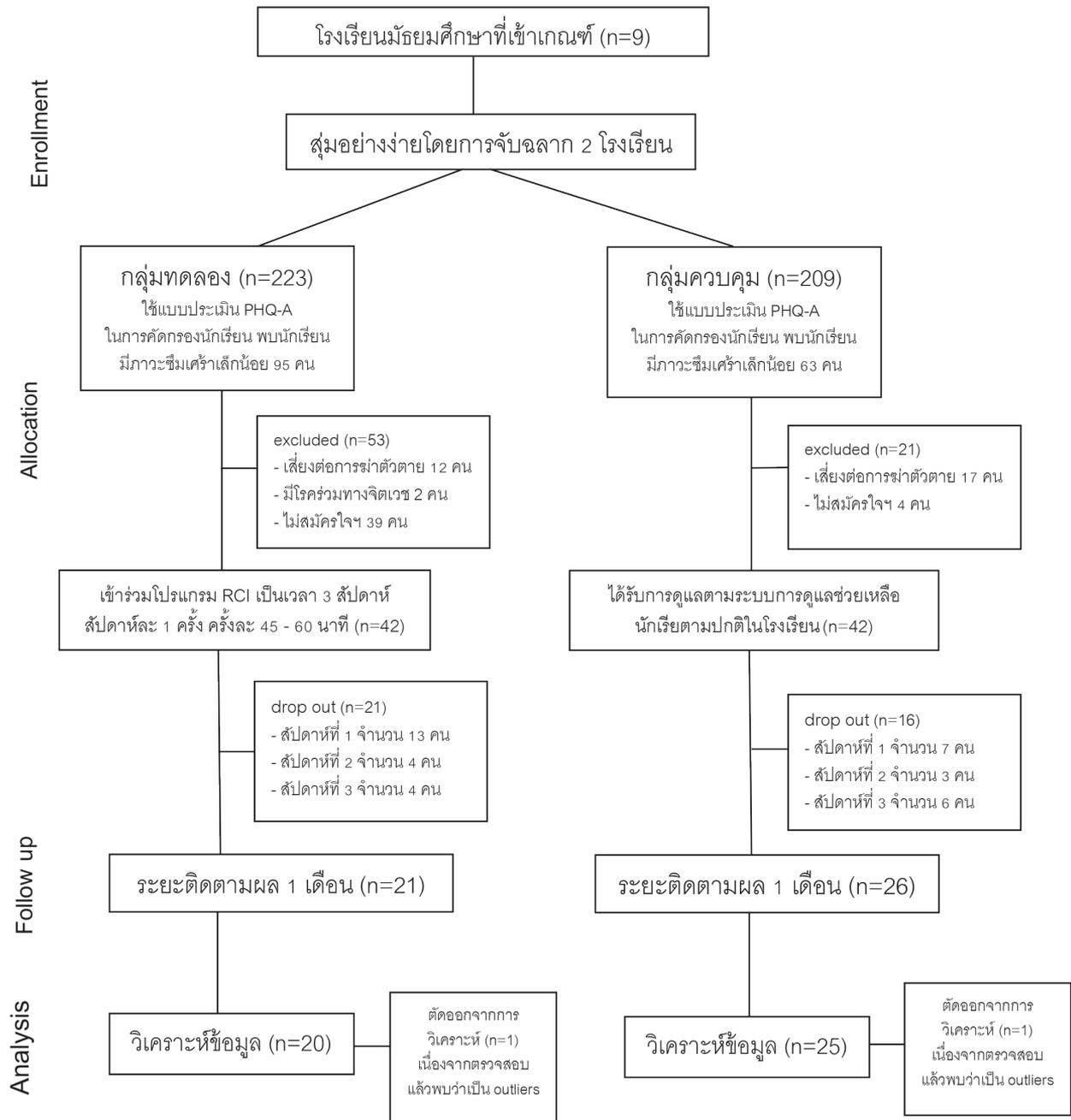
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.004$) โดยมีค่า *Hedges'g* ES เท่ากับ -1.20 (95% CI $[-1.80, -.60]$) และเมื่อพิจารณาผลภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.013$) โดยมีค่า *Hedges'g* ES เท่ากับ 1.10 (95% CI $[.43, 1.76]$) และเมื่อพิจารณาผลภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

จากผลการวิจัย การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตไปในทางที่พึงประสงค์ตามสมมติฐาน สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรม RCI ที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีแนวโน้มลดลง ผลการวิจัยดังกล่าวอาจบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการคงอยู่ของประสิทธิผลในระยะยาวของโปรแกรม

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งนับว่าเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีอิทธิพลกับผลลัพธ์ของการวิจัยเชิงทดลองในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โดยสามารถอธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถช่วยเพิ่มความความสามารถของนักเรียนในการจัดการปัญหาหรือการ



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีความหวัง ได้ฝึกสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเอง ทำให้เกิดการระลึกรู้ (awareness) ในความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีความหวัง ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับ Houston และคณะ²⁸ ที่ทำการศึกษารองรับการเสริมสร้างพลังชีวิตและการเผชิญปัญหา โดยใช้โปรแกรม RCI กับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ช่วงอายุระหว่าง 18 - 23 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยในภูมิภาคตะวันตกของสหรัฐอเมริกา ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มความหวัง ลดอาการเครียด และลดภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการศึกษาจะมีความสอดคล้องกัน แต่การจัดโปรแกรมในบริบทของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของประเทศไทยนั้น ต้องมีการปรับเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมมากขึ้นเป็น 60 นาที ต่อการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง สำหรับให้คำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึก เพื่อให้ นักเรียนมีความเข้าใจและวิเคราะห์ตนเองได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.80	1.40	7.36	1.50	1.01	.319
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	5.35	2.54	7.32	2.84	-2.42*	.020
ระยะติดตามผล 1 เดือน	6.45	3.97	6.60	4.55	-.12	.908
คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.45	5.05	26.36	7.85	-.47	.656
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	31.40	5.78	27.60	4.08	2.58*	.013
ระยะติดตามผล 1 เดือน	29.40	6.98	28.52	7.10	.42	.679

*p<.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA)

Source of Variation	ss	df	MS	F	p-value
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า					
Within group ทดลอง (n=20)					
Time	60.23	2.00	30.12	4.45*	.018
Error	257.10	38.00	6.77		
Within group ควบคุม (n=25)					
Time	9.15	1.42	6.42	.54	.528
Error	405.52	34.18	11.87		
คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของชีวิต					
Within group ทดลอง (n=20)					
Time	413.20	4.00	103.30	4.72*	.002
Error	1662.80	76.00	21.88		
Within group ควบคุม (n=25)					
Time	157.36	2.44	64.41	2.77	.061
Error	1365.44	58.63	23.29		

อีกทั้งต้องเพิ่มกิจกรรมในการละลายพฤติกรรม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้นักเรียนมีความคุ้นเคย รู้สึกปลอดภัย กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งจะเป็ประโยชน์อย่างยิ่งที่ช่วยทำให้เกิดปัจจัยบำบัดภายในกลุ่ม กล่าวคือทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกเป็นหนึ่งเดียว ไม่โดดเดี่ยว ไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพังได้ปลดปล่อยความรู้สึกคับข้องใจ ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา สามารถช่วยกันหาทางออกและมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตต่อไปได้ ทำให้เกิด

ความรู้สึกมีความหวัง ภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางลบต่อการลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอีกด้วย³⁸ อีกทั้งจากผลการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าคะแนนความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแรงในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ³⁹

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลา	Mean Difference	Standard error	p-value
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า			
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	2.45*	.66	.004
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะติดตามผล 1 เดือน	1.35	.92	.474
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที-ระยะติดตามผล 1 เดือน	-1.10	.88	.660
คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของชีวิต			
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	-5.95*	1.58	.013
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะติดตามผล 1 เดือน	-3.95	1.88	.494
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที-ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.00	1.48	1.000

*p<.05

2. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของชีวิต หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีในนักเรียนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรม เสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถ ช่วยให้นักเรียนได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหา การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ซึ่งการที่วัยรุ่นมีคนที่คอย รับฟัง ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ปัญหา ที่อาจไม่สามารถทำได้ ด้วยตนเอง เริ่มจากปัญหาเล็กๆ น้อยๆ จะช่วยให้มีทักษะและความมั่นใจ มองโลกในแง่บวก มีความหวังว่าเมื่อเจอปัญหาจะมี ทางออกได้⁴⁰ ซึ่งมีการศึกษาของ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภิตา แสงอ่อน⁴¹ พบว่าสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิตของวัยรุ่น ดังนั้นโปรแกรม ซึ่งจัดกิจกรรมในลักษณะกระบวนการกลุ่ม จึงช่วยให้วัยรุ่นเกิด ความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันกับเพื่อน อบอุ่น ยอมรับซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกอ้างว้าง สร้างกำลังใจ มีความหวัง เรียนรู้ที่จะเข้าใจ ความรู้สึกของผู้อื่น มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพิ่มขึ้น จนทำให้วัยรุ่นกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหา และสามารถ หาทางออกได้โดยไม่ยอมแพ้ ซึ่งล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างความ แข็งแรงในชีวิต⁴²

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของชีวิต ในกลุ่มทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าในช่วงที่ผู้วิจัยเข้าไปสำรวจภาวะซึมเศร้า ในระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใกล้สอบกลางภาค จึงอาจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอน พักผ่อนไม่เพียงพอเพราะต้องรีบทำงานที่ค้างค้างส่งให้ทัน ก่อนการสอบ นำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ซึ่งเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สดชื่น มีอารมณ์เศร้า เหงาชั่วคราว และพบได้ในคนทั่วไป จึงทำให้คะแนนในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างจากในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะหลัง สิ้นสุดโปรแกรมทันที ส่วนความแข็งแรงในชีวิตนั้นเป็นกระบวนการ แบบไดนามิกซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามกาลเวลา และสถานการณ์⁴³ ทำให้อาจมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตาม ธรรมชาติเมื่อวันเวลาและสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้ง ความแข็งแรงในชีวิตยังเป็นการปรับตัวเชิงบวกที่ต้องใช้ระยะเวลา ในการสร้างและพัฒนา และมีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศ ในครอบครัว สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม ในวัยรุ่น⁴¹ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วย เสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต เพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถจัดการ กับสถานการณ์ ความเครียด และเสริมสร้างความแข็งแรง

อย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรม RCI นับว่าเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยให้วัยรุ่นวัยเรียนสามารถระบุนิสัย ความคิด และวิธีการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งใช้ระยะเวลาไม่นานสามารถทำได้ไม่ยากจนเกินไป จึงควรส่งเสริมให้ดำเนินกิจกรรม RCI อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หรืออาจดำเนินการผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อให้นักเรียนเข้าถึงได้ง่ายหรือสามารถนำไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนตามปกติในโรงเรียน โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้เห็นผลของการศึกษาที่ชัดเจนและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้บริบทของนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้สามารถทำได้เพียงในลักษณะของการสุ่มแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม อาจส่งผลให้เกิดภาวะ selection bias และมีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้การออกจากการศึกษาก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 44 อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งประเด็นเหล่านี้อาจกระทบถึงผลของการวิจัยได้ การที่นักเรียนในกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลง และไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ส่งผลให้มีข้อจำกัดของการนำผลการวิจัยไปใช้อธิบายเพื่ออ้างอิงไปถึงประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเลือกระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ RCT โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา รวมไปถึงนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการวิจัยระดับกว้าง โดยการสุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทำวิจัย จากการทำวิจัยครั้งนี้พบว่ามี drop out มากถึงร้อยละ 44 ดังนั้นนักวิจัยที่จะทำการศึกษา

ในอนาคตอาจพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นไปอีกถึงประมาณร้อยละ 50

2) ควรมีการจัดสรรเวลาเข้าโปรแกรมของนักเรียนให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์การเรียนการสอนที่โรงเรียนจัดให้ โดยออกแบบกิจกรรมและสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีความสนุกสนานน่าสนใจมากยิ่งขึ้นเพื่อลด drop out และควรมีการเพิ่มกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาหลังครบโปรแกรมในช่วงระหว่างหนึ่งเดือนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ยั่งยืนในการลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

3) ควรเพิ่มการวัดตัวแปรผลลัพธ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความหวัง โดยควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ในระยะภายหลังกินสุดโปรแกรมทันที ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากเนื้อหา กิจกรรม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการ ส่งผลให้โปรแกรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความสามารถในการรับมือกับปัญหา ทำให้เกิดการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล สามารถรับมือกับวิกฤตและความท้าทายที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความเปลี่ยนแปลงของความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ทั้งนี้เป็นเพราะความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นการปรับตัวเชิงบวกที่ต้องใช้ระยะเวลาและความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการเสริมสร้างและพัฒนา จึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาไปประยุกต์ใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายของกรมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น โดยใช้โปรแกรม RCI ในการฝึกอบรมให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน ฯลฯ เพื่อร่วมกันเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่เด็กและวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการควรนำกิจกรรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนตามปกติในโรงเรียน เพื่อร่วมกันเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่เด็กและวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ Dr.Sandra F. Allen ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ทำการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; ชูชาติ วงศ์อนุชิต: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขบทความ

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. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020; 28(2): 136-49.
3. Jirathikengkrai NV C, Thanoi W, Phetrasuwan S. Factor in predicting psychological well-being in late adolescents. *Nurs Sci J Thai* 2021; 39(2):77-89.
4. Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice. 6th, editor. F.A. Davis company; 2014.
5. Cherry K. Identity vs. Role confusion in psychosocial development [Internet]. *Psychosocial development guide*; 2022 [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://www.verywellmind.com/identity-versus-confusion-2795735>.
6. Bodicherla KP, Shah K, Singh R, Arinze NC, Chaudhari G. School-based approaches to prevent depression in adolescents. *Cureus* 2021; 13(2):e13443.
7. WHO. Health statistics and information systems [Internet]. *Health topics*; 2019 [cited 2023 Jan 12]. Available from: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.
8. Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investig* 2018; 15(4):376-83.
9. Karayazi H. Suicide in adolescents: a case study. *JoA* 2023; 8:185-94.
10. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1545-602.
11. Khesht-Masjedi MF, Shokrgozar S, Abdollahi E, Habibi B, Asghari T, Ofoghi RS, et al. The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *J Family Med Prim Care* 2019; 8(3):799-804.
12. Laksaneeyanawin T, Wattanaburanon A. Factors affecting depression of upper secondary school students in Mueang Chonburi district Chonburi province. *RDHSJ* 2022; 15(3):59-73.
13. Denny S, de Silva M, Fleming T, Clark T, Merry S, Ameratunga S, et al. The prevalence of chronic health conditions impacting on daily functioning and the association with emotional well-being among a national sample of high school students. *J Adolesc Health* 2014; 54(4):410-5.
14. Garnefski N, Kraaij V. Bully victimization and emotional problems in adolescents: moderation by specific cognitive coping strategies? *J Adolesc* 2014; 37(7):1153-60.
15. Janjarkarn B, Dallas JC, Nabkasom C. Predictive factors of depression among high school students in municipality, Chanthaburi. *JPNC* 2019; 30(2):60-75.
16. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 51:30-47.
17. Werner-Seidler A, Spanos S, Calear AL, Perry Y, Torok M, O'Dea B, et al. School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021; 89:102079.
18. David OA, Cardoso RAI, Matu S. Is RETHink therapeutic game effective in preventing emotional disorders in children and adolescents? outcomes of a randomized clinical trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(1):111-22.
19. Rose K, Hawes DJ, Hunt CJ. Randomized controlled trial of a friendship skills intervention on adolescent depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(3):510-20.
20. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeltdt A, Rowse J, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *J Child and Fam Stud* 2015; 24(4):1016-30.
21. Waters AM, Candy SG, Zimmer-Gembeck MJ, Groth TA, Craske MG, Bradley BP, et al. A school-based comparison of positive search training to enhance adaptive attention regulation with a cognitive-behavioural intervention for reducing anxiety symptoms in children. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47(11): 1821-40.
22. The Royal College of Pediatricians of Thailand. Clinical practice guideline for adolescents with depression. Bangkok: Beyond publishing co 2018; 17-60.
23. Allen SF. Resilience and coping intervention (RCI). Columbia: Disaster and community crisis center at the university of Missouri 2014.
24. Wu Y, Sang ZQ, Zhang XC, Margraf J. The relationship between resilience and mental health in chinese college students: A longitudinal cross-lagged analysis. *Front Psychol* 2020; 11:108.
25. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry* 2019; 9(1):88.



26. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, et al. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56(10):813-24.
27. Tasijawa FA, Siagian I. School-based interventions to improve adolescent resilience: a scoping Review. *Open Access Maced J Med Sci* 2022; 10:33-40.
28. Houston JB, First J, Spialek ML, Sorenson ME, Mills-Sandoval T, Lockett M, et al. randomized controlled trial of the resilience and coping intervention (RCI) with undergraduate university students. *J Am Coll Health* 2017; 65(1):1-9.
29. Jiratchayaporn K, Chetchaovalit T. Effect of the enhancing resilience program of early adolescents at one school, Songkhla province. *JONAE* 2015; 7(4):104-18.
30. Kaiwikaikosol A, Anutat S, Nintachan P. The effect of resilience enhancing program on depression of nursing students at a nursing college. *JPNMH* 2015; 29(1):27-43.
31. Chitrak W, Nintachan P, Taweekoon T. The effect of the resilience enhancing program on depression and resilience of nursing students in a nursing college in the northeast region of Thailand. *JPNMH* 2015; 29(3):42-60.
32. Cohen. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge 1988.
33. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A). Beyond publishing co., ltd. 2018.
34. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor- davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007; 20(6):1019-28.
35. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor–Davidson resilience scale (10-Item CD-RISC) among university students in Thailand. *J Nurs Sci* 2017; 35(3): 25-35.
36. Chaisuwanarak K, Thommachot P. Factors associated with depression in adolescents with cyberbullying. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 65(2):191-204.
37. Wingood GM, DiClemente RJ. The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV interventions. *JAIDS* 2008; 47:S40-S6.
38. Moonsorn S, Nabkasorn C, Intaput P, Lakthong S. Predictive factors of depression among senior high school students. *TPHSJ* 2023; 18(1):1-7.
39. Sukri A, Nintachan P, Taweekoon T. Relationships between resilience and depression and aggressive behaviors in adolescents exposed to violence. *J Ment Health Thai* 2016; 30(2):97-112.
40. Ketumarn P. Resilience [Internet]. Transformative learning for medical education; 2023 [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://web.facebook.com/share/p/RXiFamAoPaNHuC47/>
41. Wongkhan M, Nintachan P, Sangon S. Factors related to resilience in adolescents. *JPNMH* 2015; 29(1):57-75.
42. Inthasit Solawan, Sirikul Chulkiri, editors. *RQ: Resilience Quotient*. 4th ed. Nonthaburi: Beyond publishing co; 2020.
43. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, Rosen M, Upthegrove R, Ruhrmann S, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13(4):725-32.