

ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ณิชนันต์ คันธะวงศ์, พย.ม.¹ กฤษฎา คำขึ้น, พย.ม.^{1*} วิภากรณ์ ปัญญาดี, ศศ.ม.¹ ราตรี เครือวรรณ, พย.ม.¹

วันที่รับ: 27 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 30 สิงหาคม 2569

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และชุมชน รวมถึงอาจก่อให้เกิดปัญหาในการเรียนและการทำงาน การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย จำนวน 42 คน คัดเลือกโดยการสุ่มจากนักเรียนที่มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสติบำบัดเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม ปี 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสติบำบัด และ 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทีอิสระ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.13, 1453.06)=14.12, p<.001, \text{partial } \eta^2=.26$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะ 1 เดือนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงเวลา ($p>.05$) ผลของการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีผลการประเมินว่าเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสติบำบัด, ภาวะซึมเศร้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี

พะเยา

¹ อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล kitsada.kha@crru.ac.th

Effects of mindfulness based therapy and counseling program on depression among high school students

Nichagan Kantawong, M.N.S.¹ Kitsada Khakhuen, M.N.S.^{1*} Wipakorn Panyadee, M.A.¹ Ratree Kruewan, M.N.S.¹

Received: Mar 27, 2026 Revised: Aug 29, 2026 Accepted: Aug 30, 2026

Abstract

Depression is a significant mental health problem that adversely affects various aspects of quality of life, including relationships with family, peers, and the community, and may also lead to difficulties in academic performance and daily functioning. This quasi-experimental study employing a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a mindfulness-based intervention program on depression among high school students. The participants consisted of 42 students from a secondary school in Chiang Rai Province. Participants were recruited through random sampling from students who scored higher than 22 on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. They were equally assigned into a control group ($n=21$) and an experimental group ($n=21$). The experimental group participated in an 8-week mindfulness-based intervention program. Data were collected between May and August 2025. The research instruments included: 1) Mindfulness Based Therapy and Counseling (MBTC), and 2) the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), which demonstrated good reliability with a Cronbach's alpha coefficient of .78. Descriptive statistics and chi-square tests were used to analyze demographic data, while repeated measures analysis of variance (Repeated Measures ANOVA) was conducted to examine differences in depression scores over time. The findings indicated a statistically significant group-by-time interaction in mean depressive symptom scores, demonstrating that changes in the experimental group over time differed significantly from those observed in the control group ($F(1.13, 1453.06)=14.12, p<.001$, partial $\eta^2=.26$). Bonferroni-adjusted pairwise comparisons showed that, in the experimental group, mean depressive symptom scores immediately after the intervention and at the one-month follow-up were significantly lower than the baseline score ($p<.001$). In contrast, no significant differences across the three measurement time points were observed in the control group ($p>.05$). The results of this study may serve as a guideline for developing mental health care and promotion programs aimed at reducing depressive symptoms and improving the quality of life of high school students identified as being at risk for depression.

Keywords: MBCT, Mindfulness, Depression, High school student

¹ Lecturers, Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

* Corresponding email: kitsada.kha@crju.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และชุมชน รวมถึงอาจก่อให้เกิดปัญหาในการเรียนและการทำงาน ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะเกิดเป็นโรคซึมเศร้าตามมาได้ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรมากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลก กำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยพบว่าโรคซึมเศร่ายังคงเป็นสาเหตุหลักของความบกพร่องทางสุขภาพ (World Health Organization, 2025) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ผ่านมา พบว่า มีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.1 ที่กำลังประสบกับภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Gupta et al., 2023) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปซึ่งอยู่ในระหว่างช่วงวัยรุ่นตอนปลาย จากสถิติช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 1,465,428 รายและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2026) ข้อมูลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2564 พบว่า วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี กว่า 10,000 ราย เคยใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อขอรับคำปรึกษา ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นประเด็นหนึ่งที่มีวัยรุ่นใช้บริการในการขอรับคำปรึกษามากที่สุด (Department of Mental Health, 2022)

จากข้อมูลสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โรคซึมเศร้ามีความสำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความชุกร้อยละ 20.9 (Anantaseriwiwidhya et al., 2021) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาชาวเขาในจังหวัดเชียงราย จำนวน 540 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 16.81 ปี พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.9 (Ruanjai et al., 2024) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการวางรากฐานของการมีสุขภาพที่ดี วัยรุ่นมีการเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญาและจิตสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความรู้สึก การคิด การตัดสินใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของวัยรุ่น (World health organization, 2024) นอกจากนี้ในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มมีการคิดด้วยนามธรรม (formal operational stage) อย่างมีเหตุผลและมีความคิดคาดการณ์อนาคตมากขึ้น (Piaget, 1952) อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่มีการค้นหาลักษณะของตนเองผ่านการค้นหาค่านิยม ความเชื่อและเป้าหมาย มีการเปรียบเทียบกับผู้อื่น และคำนึงถึงความคาดหวังของครอบครัวมากขึ้น หากกระบวนการคิดดังกล่าวเป็นการคิดด้านลบ อาจทำให้รู้สึกกดดัน หดหู่คุณค่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Erikson, 1959) จากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยรุ่น ประกอบกับการที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะในช่วงมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบการเรียนที่มีการแยกตามสายวิชาที่นักเรียนมีความถนัดและสนใจ มีการย้ายโรงเรียนจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรวมถึงกลุ่มเพื่อน อีกทั้งนักเรียนต้องเผชิญกับระบบการศึกษาที่มีเนื้อหาการเรียนที่มีความเข้มข้นมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การแข่งขันในการเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาในขณะที่ต้องการ นอกจากนี้นักเรียน ยังประสบกับความคาดหวังของครอบครัวและสังคมรวมถึงแรงกดดันในตนเองที่จะวางแผนรูปแบบและกำหนดอนาคตด้านการศึกษาของตน (Makassawad, 2021) ซึ่งหากนักเรียนไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จากภาวะซึมเศร้าได้ (World health organization, 2024) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะนำมาสู่โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรที่มีอายุ 15 - 29 ปี ทั่วโลก (World Health Organization, 2025) และจากการสำรวจในบริบทของประเทศไทย จากรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2568 พบว่า กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยสูงถึง 136.4 ต่อแสนประชากร (The Bangkok insight, 2025)

โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC) พัฒนาโดยนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (Wongpiromsarn, 2024) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานการบำบัดโดยใช้

จิตวิทยาแนวพุทธร่วมกับโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ของ Kabat-Zinn (1994) โดยประยุกต์สมาธิและสติมาใช้เพื่อลดความทุกข์หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียดและความยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิต รวมทั้งผู้ดูแลช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น Wongpiromsarn (2024) ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ง่ายต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด รวมทั้งแรงกดดันจากรอบด้าน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียด และภาวะซึมเศร้า การฝึกสติหรือโปรแกรมสติบำบัดจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้แนวทางเพื่อให้ความรู้สึก พฤติกรรมและการรู้คิดทางบวกจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม อีกทั้งได้ฝึกจิตใจให้มีความสุข สามารถปล่อยวางเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด อันเป็นการพัฒนาให้บุคคลมีการตระหนักรู้ในตนเอง สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาโปรแกรมฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านักเรียนอายุระหว่าง 12-18 ปีในประเทศจีน เมื่อได้รับโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Liu et al., 2024) สำหรับในบริบทประเทศไทย ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569 มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 148.65 ซึ่งสูงกว่าค่าคาดประมาณผู้ป่วยในระดับประเทศที่ร้อยละ 107.51 สะท้อนถึงปัญหาโรคซึมเศร้าภายในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่กว่าค่าคาดประมาณ และถือเป็นสถานการณ์เร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ (Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2026) การศึกษาของ Phaokuntatakorn and Jiratjitan (2021) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า โปรแกรมสติบำบัดสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t=10.71, p<.01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($t=3.80, p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phaokuntatakorn & Jiratjitan, 2021) อีกทั้งการศึกษาในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 12-20 ปี ในจังหวัดเชียงราย พบว่า การฝึกสติโดยใช้แอปพลิเคชันช่วยลดอาการของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Reangsing et al., 2026) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ยังไม่ได้มีการนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ไปใช้ในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน มีความไวต่อความเครียดและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความคิด ต้องเผชิญต่อแรงกดดันต่างๆ จึงเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยหวังว่าโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงและสามารถใช้ชีวิตเต็มโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ใช้อยู่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

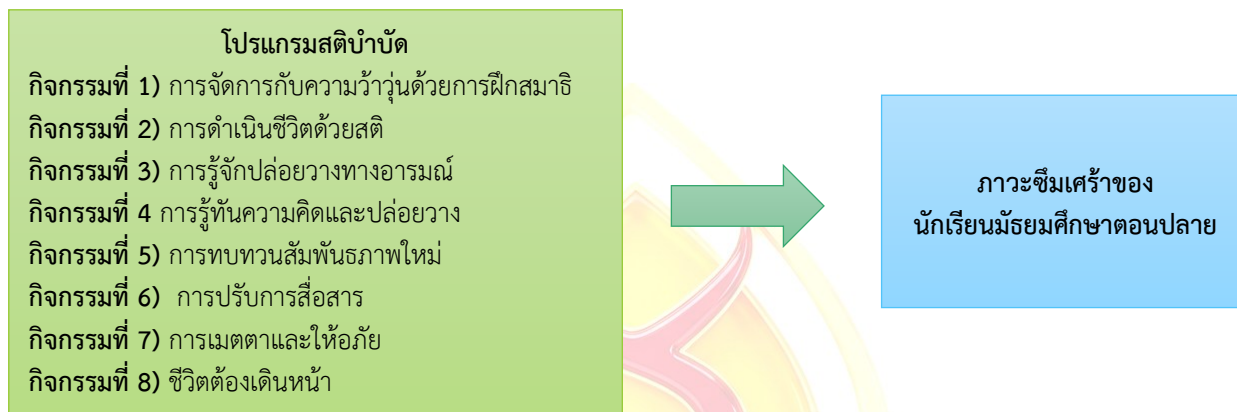
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling (MBTC)) พัฒนาโดยนายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (Wongpiromsarn, 2024) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานการบำบัดโดยใช้จิตวิทยาแนวพุทธ ร่วมกับโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ของ Kabat-Zinn (1994) โดยประยุกต์สมาธิและสติมาใช้เพื่อลดความทุกข์หรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของ บุคคลที่มีความเครียดและความยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิต รวมทั้งผู้ดูแล ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างมีความสุขมากขึ้น การเพิ่มสติรู้เท่าทันความคิด อารมณ์และการเพิ่มความสามารถในการยอมรับและกำกับ อารมณ์ ส่งผลให้บุคคลสามารถรับมือกับความทุกข์ทางจิตใจได้ดี และช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง (Wongpiromsarn, 2024) กระบวนการของโปรแกรمدังกล่าวแสดงดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัด 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมสติบำบัด และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม สติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ระหว่าง วันที่ 19 เดือนพฤษภาคม – 7 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาใน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2568 ภาคเรียนที่ 1 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2568 2) มีคะแนน CES-D มากกว่า 22 คะแนน 3) อ่านและเขียน ภาษาไทยได้ 4) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดมาก่อน เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีประวัติป่วยทางจิตที่ได้รับการ วินิจฉัย เกณฑ์การยุติการศึกษา 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 2 ครั้ง และปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากการเข้าร่วมโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง และ 2) สูญหาย ย้ายบ้าน ลาออก หรือติดต่อไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2568 ภาคเรียนที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกโรงเรียนโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงเรียนมัธยมที่ผ่าน เกณฑ์การคัดเลือก 3 แห่ง ได้โรงเรียน 1 แห่ง จากนั้นเลือกนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 42 คน แบบเจาะจงและ สุ่มห้องเรียนเป็นหน่วยการสุ่ม (cluster random sampling) เพื่อกำหนดเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มละ 1 ห้องเรียน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power version 3.1

(Faul et al., 2007) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ ($d=0.89$) กำหนดจากการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของกลาส (Glass, 1981) โดยอ้างอิงผลการศึกษาก่อนของ Areekit and Lueboonthavatchai (2012) กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ร้อยละ 80 ค่าระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 17 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมวิจัย (dropped out) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมสติบำบัด (MBTC) ผู้วิจัยนำโปรแกรมสติบำบัด ของ Wongpiromsarn (2024) พัฒนาตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1994) ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที ได้แก่ 1) การจัดการกับความวุ่นวายด้วยการฝึกสมาธิ เพื่อตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด และการเรียนรู้ในการฝึกสมาธิเพื่อลดความวุ่นวายใจจิตใจ 2) การดำเนินชีวิตด้วยสติ เพื่อความสงบในจิตใจเพื่อช่วยในการวางแผนชีวิต 3) การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ มีสติกับความรู้สึกทั่วร่างกายและเรียนรู้ในการปล่อยวางอารมณ์ที่เกิดขึ้น 4) การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง มีสติในการรู้คิด แยกแยะระหว่างความคิดและความจริงได้ และเรียนรู้ที่จะปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้น 5) การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ ใคร่ครวญสัมพันธ์ภาพอย่างมีสติปล่อยวางความคิดทางลบเพื่อเข้าใจสัมพันธ์ภาพในความเป็นจริงทางบวกยิ่งขึ้น 6) การปรับการสื่อสาร สื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูดและท่าทาง 7) การเมตตาและให้อภัย ด้วยการให้เมตตาตัวเองและให้อภัยประสบการณ์ที่เจ็บปวด และ 8) ชีวิตต้องเดินหน้า มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ รู้เท่าทันถึงความเครียดที่เผชิญและใช้สติในการรักษาสมดุลของชีวิต

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกสมาธิ และระยะเวลาในการฝึก
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์วิจัยด้านการระบาดวิทยา (Center for epidemiologic studies) ประเทศสหรัฐอเมริกาในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อแยกวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปีที่มีอาการซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้า แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Trangkasombat et al. (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า Likert 4 ระดับ ได้แก่ 0 (ไม่เคย) - 3 (ตลอดเวลา) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน เกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้าอยู่ที่จุดตัดคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน และมีการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในนักเรียนอายุ 15-18 ปี โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .86 (Trangkasombat et al., 1997)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale [CES-D]) โดยการนำไปทดสอบกับนักเรียนวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัสโครงการ CRPPHO 137/2567 เลขที่เอกสารรับรอง 064/2568 วันที่รับรอง 6 พฤษภาคม 2568 วันหมดอายุ 9 มกราคม 2569 มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง มีอิสระในการตัดสินใจ พร้อมชี้แจงการเก็บรักษาข้อมูล หากไม่สะดวก หรือ ยังไม่พร้อมให้ข้อมูลก็สามารถยกเลิก การให้ข้อมูลได้ การปกป้องความเป็นส่วนตัว โดยสามารถถอนตัวหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

การให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และทำลายเอกสารทิ้งภายหลังจากการเผยแพร่งานวิจัยแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย โดยทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมการวิจัยครบทุกระยะของการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับคุณครูหรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายให้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด ความยินยอมจากนักเรียนและผู้ปกครอง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองนักเรียนที่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตและไม่ได้รับยารักษาอาการทางจิต อีกทั้งยังไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดมาก่อน ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CES-DJ) เพื่อคัดกรองนักเรียนที่มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน ที่แสดงถึงนักเรียนอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด ลำดับถัดมาผู้วิจัยดำเนินการสุ่มนักเรียนเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมจำนวนนักเรียนที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 42 คน และดำเนินการสุ่มห้องเรียน โดยห้องเรียนที่สุ่มได้ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนตามปกติ ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการให้คำปรึกษาแบบทั่วไปโดยครูแนะแนวของโรงเรียนตามระบบปกติ และห้องเรียนที่สุ่มได้ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568

2) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามที่กำหนดทั้งหมด 8 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 90 -120 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนตามปกติ

3) ระยะการประเมินผลการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 หลังกิจกรรมของโปรแกรมสิ้นสุดทันที ประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า [CES-DJ) และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งในระยะติดตามภายหลังจบกิจกรรมของโปรแกรมในเดือนที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) โดยก่อนการวิเคราะห์ผลด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ ความเป็นอิสระของข้อมูล การแจกแจงปกติของคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลา โดยตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test และตรวจสอบ sphericity ด้วย Mauchly's test of sphericity หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเรื่อง sphericity ผู้วิจัยใช้การปรับค่าองศาอิสระด้วย Greenhouse-Geisser correction จากนั้นวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$) ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย สถานภาพสมรสของบิดามารดา สถานภาพของบิดาและมารดา ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้เลี้ยงดู รูปแบบการพักอาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ และการมีเพื่อนสนิท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		ค่าสถิติทดสอบ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					$\chi^2=0.11$	.739 ^c
ชาย	7	33.33	6	28.57		
หญิง	14	66.67	15	71.43		
อายุ						
15 – 17 ปี	21	100.00	21	100.00		
18 – 21 ปี	0	0.00	0	0.00		
เกรดเฉลี่ย						>.999 ^f
น้อยกว่า 2.00	1	4.76	1	4.76		
2.00 – 2.50	4	19.05	5	23.81		
2.51 – 3.00	9	42.86	8	38.10		
3.01 – 3.50	4	19.05	5	23.81		
มากกว่า 3.50	3	14.28	2	9.52		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา					$\chi^2=0.39$	.533 ^c
สมรส	11	52.38	13	61.90		
หม้าย/ หย่า	10	47.62	8	38.10		
สถานภาพของบิดา					$\chi^2=0.47$	.495 ^c
มีชีวิตอยู่	14	66.67	16	76.19		
เสียชีวิต	7	33.33	5	23.81		
สถานภาพของมารดา					$\chi^2=0.62$	.432 ^c
มีชีวิตอยู่	16	76.19	18	85.71		
เสียชีวิต	5	23.81	3	14.29		
ผู้ที่ให้การเลี้ยงดู						0.697 ^f
บิดามารดา	13	61.90	5	23.80		
บิดา	1	4.76	8	38.10		
มารดา	4	19.05	4	19.05		
ญาติ	2	9.52	4	19.05		
อื่นๆ	1	4.76	0	0.00		
ระดับการศึกษาของผู้ที่เลี้ยงดู						>.999 ^f
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	19.05	5	23.80		
ประถมศึกษา	8	38.10	8	38.10		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	19.05	4	19.05		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/	3	14.28	3	14.29		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ						
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/	1	4.76	1	4.76		
อนุปริญญา						
ปริญญาตรี	1	4.76	0	0.00		
อาชีพของผู้ที่ให้การเลี้ยงดู						>.999 ^f
เกษตรกรรม	7	33.33	8	38.10		
รับจ้าง	12	57.15	11	52.38		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	1	4.76	1	4.76		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	4.76	1	4.76		
รูปแบบการพักอาศัย						.920 ^f
พักอาศัยกับบิดามารดา	6	28.57	8	38.10		
พักอาศัยกับบิดาหรือมารดา	11	52.38	8	38.10		

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		ค่าสถิติทดสอบ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พักอาศัยกับพี่น้อง	0	0.00	1	4.76		
พักอาศัยกับญาติ	2	9.52	2	9.52		
อื่นๆ	2	9.52	2	9.52		
จำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน						.791 ^f
น้อยกว่า 10,000	11	52.38	13	61.90		
10,000 – 15,000	6	28.57	4	19.05		
15,001 – 20,000	2	9.52	1	4.76		
20,001 – 25,000	2	9.52	3	14.29		
แหล่งที่มาของรายได้						.899 ^f
ทำงานด้วยตนเอง	7	33.33	9	42.86		
บิดามารดา	12	57.15	10	47.62		
ญาติ	2	9.52	2	9.52		
ความเพียงพอของรายได้					$\chi^2=0.10$	.758 ^c
เพียงพอ	10	47.62	11	52.38		
ไม่เพียงพอ	11	52.38	10	47.62		
การมีเพื่อนสนิท					$\chi^2=0.00$	> .999 ^c
มี	14	66.67	14	66.67		
ไม่มี	7	33.33	7	33.33		

^cChi square test, ^fFisher exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ 1 เดือน หลังการทดลอง

ในช่วงก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 25.67 ($SD=8.84$) และ 25.10 ($SD=8.38$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.831$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองใกล้เคียงกัน ภายหลังการทดลองทันที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 8.86 ($SD=3.69$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 22.52 ($SD=13.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9.57 ($SD=3.59$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 23.57 ($SD=12.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะ 1 เดือนหลังการทดลอง

กลุ่ม	กลุ่มทดลอง X (SD)	กลุ่มควบคุม X (SD)	MD	t	p-value
ก่อนทดลอง	25.67 (8.84)	25.10 (8.38)	.57	0.21	0.831
หลังทดลองทันที	8.86 (3.69)	22.52 (13.00)	-13.66	-4.63	<.001*
1 เดือนหลังการทดลอง	9.57 (3.59)	23.57 (12.36)	-14.00	-4.98	<.001*

t=Independent t-test, * $p<.05$

ส่วนที่ 3 ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.13-45.30)=23.44$, $p<.001$, partial $\eta^2=.37$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.13-45.30)=14.12$, $p<.001$, partial $\eta^2=.26$) แสดงว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Pairwise) ด้วยวิธี Bonferroni ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามเวลา กลุ่ม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Partial η^2
เวลา (time)	2412.05	1.13*	2129.65	23.44	<.001***	.37
ความคลาดเคลื่อน	4116.89	45.30*	90.87			
กลุ่ม (group)	2569.53	1	2569.53	17.66	<.001***	.31
ความคลาดเคลื่อน	5819.68	40	145.49			
เวลา*กลุ่ม (time*group)	1453.06	1.13*	1282.94	14.12	<.001***	.26
ความคลาดเคลื่อน	4116.89	45.30*	90.87			

*หมายเหตุ: ค่า df ของปัจจัยเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม รายงานด้วยค่าที่ปรับด้วย Greenhouse-Geisser correction, ***p<.001

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD=16.81$, $p<.001$) และในระยะ 1 เดือนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD=16.10$, $p<.001$) อย่างไรก็ตามแต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ($MD=-.71$, $p=.531$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงเวลาวัดทั้ง 3 ระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ (Pairwise) ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง ด้วยวิธี Bonferroni

การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของ ช่วงเวลาการวัดซ้ำ	MD	SE	95% Confidence Interval for Difference		p-value
			Lower Bound	Upper Bound	
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง vs หลังการทดลองทันที	16.81	2.09	12.59	21.03	<.001***
ก่อนการทดลอง vs 1 เดือนหลังการทดลอง	16.10	2.08	11.89	20.31	<.001***
หลังการทดลองทันที vs 1 เดือนหลังการทดลอง	-.71	1.12	-2.98	1.56	.531
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง vs หลังการทดลองทันที	2.57	3.38	-4.25	9.31	.451
ก่อนการทดลอง vs 1 เดือนหลังการทดลอง	1.52	3.26	-5.07	8.12	.643
หลังการทดลองทันที vs 1 เดือนหลังการทดลอง	-1.05	3.91	-8.96	6.86	.789

*Adjustment for multiple comparison: Bonferroni, ***p<.001

อภิปรายผล

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที ($p<.001$) และยังคงต่ำกว่าก่อนการทดลองในระยะติดตาม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.531$) ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่า

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าหลังจากได้รับโปรแกรมสติบำบัด ทำให้บุคคลเหล่านี้มีสติรู้เท่าทันตนเอง อยู่กับปัจจุบัน มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Phaokuntatakorn &

Jiratjitan, 2021) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ พบว่า โปรแกรม Mindfulness- Based Cognitive therapy (MBCT) จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ ปัจจุบัน ลดการตอบสนองเชิงลบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Kenbuppha et al., 2023) และจาก ศึกษาของ Liu และคณะ พบว่า การได้รับโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ในนักเรียน อายุ 12-18 ปี สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Liu et al., 2024) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Makassawad (2021) พบว่าความเครียดในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การฝึกสตินั้นเป็นโปรแกรมที่ออกแบบให้สมาชิกได้ฝึกสติตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติจริงในระยะเวลา 8 ครั้ง ของโปรแกรม ดังนั้นค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีจึงมีความแตกต่างกัน และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 เดือน กลุ่มทดลองได้มีเวลาในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าการฝึกจิตที่มีสติต้องอาศัยระยะเวลาในการฝึกและพัฒนา ซึ่งการฝึกภายในระยะเวลา 8 ครั้งนั้นอาจจะยังไม่เพียงพอที่ทำให้การพัฒนาสติเกิดความคงทนและเปลี่ยนแปลงในระยะยาว อีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงวัยรุ่นที่เพิ่งได้เรียนรู้การฝึกสติขั้นพื้นฐานเท่านั้น จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะติดตาม 1 เดือน มีแนวโน้มน้อยกว่าก่อนทดลอง ถึงแม้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการวิจัยครั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากโปรแกรมสติบำบัด MBTC ช่วยให้นักเรียนมีสติรู้เท่าทันความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองในปัจจุบันอย่างไม่ตัดสิน ทำให้เรียนรู้การปล่อยวางความคิดด้านลบ ลดการหมกมุ่นคิดซ้ำ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้กระบวนการให้คำปรึกษายังช่วยให้นักเรียนเข้าใจปัญหา ยอมรับตนเอง และพัฒนาทักษะการกำกับอารมณ์ เมื่อมีการนำทักษะต่างๆไปใช้ จึงช่วยให้สามารถจัดการกับความทุกข์ทางใจได้ดี และส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกลไก Decentering ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของ MBTC ที่อธิบายว่าการฝึกสติช่วยให้บุคคลสามารถสังเกตความคิดและอารมณ์เชิงลบในฐานะที่เป็นเพียงเหตุการณ์ทางจิตชั่วคราวแทนที่จะยึดติดหรือตอบสนองต่อความคิดเหล่านั้นโดยอัตโนมัติ (Segal et al., 2002) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังโปรแกรมและระยะติดตาม 6 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Yiamthaisong et al., 2024) โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัดและการให้คำปรึกษา (MBTC) มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภายหลังกินสุดโปรแกรมทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการนำโปรแกรม MBTC ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงเรียนเพื่อดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นต่อไป แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องการศึกษาครั้งนี้ใช้ห้องเรียนเป็นหน่วยการสุ่ม จึงมีความเสี่ยงต่อผลกระทบจากการปนเปื้อน เนื่องจากนักเรียนอยู่ในโรงเรียนเดียวกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่นๆ และระยะติดตามผล 1 เดือนยังไม่เพียงพอที่จะสรุปความคงทนของผลการบำบัดในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรพัฒนาและนำรูปแบบของโปรแกรมสติบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอาการของภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ควรมีการส่งเสริมให้ครู หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในเรื่องสุขภาพจิตในโรงเรียนนำรูปแบบโปรแกรมสติบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติเชิงรุกให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน โดยเน้นในเรื่องการส่งเสริมการมีสติในการ

ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาพจิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากโปรแกรมสติบำบัดเป็นกระบวนการฝึกสติที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงควรมีการพัฒนางานวิจัยระยะยาวของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ที่ศึกษาโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า โดยเพิ่มการจัดกิจกรรมเสริม หรือการติดตามผลซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความคงอยู่ของผลลัพธ์
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น นักศึกษามหาวิทยาลัย หรือบุคคลทั่วไป เพื่อขยายขอบเขตการประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบประสิทธิผลในบริบทที่หลากหลาย
3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า โดยขยายกลุ่มตัวอย่างและใช้โรงเรียนหลายแห่งในหลายภูมิภาค เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป
4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในประเภทของการวิจัยระยะยาวหรือการวิจัยติดตามผล (Longitudinal/Follow-up Study) โดยเพิ่มระยะเวลาการติดตามระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังได้รับโปรแกรมสติบำบัด เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลการบำบัด
5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของ MBTC กับโปรแกรมอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) หรือการบำบัดพฤติกรรมเชิงวิภาษ (Dialectical Behavior Therapy: DBT) ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- Anantaseriwidhya, T., Punyapas, S., & Hosiri, T. (2021). Prevalence and factors associated with depression among boarding school students in Suratthani. *Chiang Mai Medical Journal*, 60(4), 574–585. <https://doi.org/10.12982/CMUMEDJ.2021.50> (in Thai)
- Areekit, P., & Lueboonthavatchai, O. (2012). The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 71–80. (in Thai)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). *Emotional instability in adolescents (Part 1)*. <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2503> (in Thai)
- Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Gupta, S., Das, S., Das, M., Banerjee, S., Neogi, R., & Mukherjee, S. (2023). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress among high school students in a block of Hooghly district, West Bengal: A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), Article e1769. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1769_22
- Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2026). *Report on access to services for patients with depression*. Thai Depression. https://thaidepression.com/www/report/main_report/ (in Thai)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kenbuppha, K., Pianthong, K., Saganurum, K., & Sukhawaha, S. (2023). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for depression: A systematic review. *Thai Nursing Council Journal*, 40(1). <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/263671/181862> (in Thai)

- Liu, Q., Yang, X., Zhang, C., & Xiong, J. (2024). Is decreasing problematic mobile phone use a pathway for alleviating adolescent depression and sleep disorders?. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(2), 525–541. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00034>
- Makassawad, R. (2021). Factors influencing depression among upper secondary school students in Pathum Thani Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 528–540. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251406/171371> (in Thai)
- Phaokuntatakorn, W., & Jiratjitan, N. (2021). Effects of mindfulness therapy on depression and quality of life among patients with depressive disorder. *Journal of Mental Health of Thailand*, 29(4), 286–296. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/247270> (in Thai)
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press. <https://doi.org/10.1037/11494-000>
- Reangsing, C., Seethikaew, N., Kodyee, S., Maneekungwong, K., Pitchalard, K., & Moonpanane, K. (2026). The effects of MyMind application on psychological outcomes among Thai adolescents with depression: A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 17, 1753–1761. <https://doi.org/10.1007/s12671-026-02856-0> (in Thai)
- Ruanjai, T., Siri, S., Amyong, N., Munsawaengsub, C., & Apidechkul, T. (2024). Prevalence and factors associated with depression among hill-tribe high school students in Chiang Rai Province, Thailand: A multilevel cross-sectional study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 107(9), 708–717. <https://doi.org/10.35755/jmedassothai.2024.9.708-717-792> (in Thai)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- The Bangkok Insight. (2025, September 10). *The number of Thais attempting suicide*. <https://today.line.me/th/v3/article/BE3Pg9z> (in Thai)
- Trangkasombat, U., Lapboontrap, W., & Hawannont, P. (1997). Use of the CES-D for screening depression among adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 42(1), 2-13. <https://dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4694> (in Thai)
- Wongpiromsarn, Y. (2024). *Mindfulness-based therapy and counselling (MBTC) manual* (5th ed.). knowledge management project on behavioral and psychosocial care in the public health system (Phase 4), Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- World Health Organization. (2024, March 6). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2025, March 25). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2025, September 2). *Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up*. <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>
- Yiamthaisong, S., & Rujkorakarn, D. (2024). Effects of mindful self-compassion enhancing program on depression in junior high school students. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 69(3), 282–292. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/270945> (in Thai)