

โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Depression Treatment Programs for Thai Adolescents in Schools: Meta-Analysis

ปรารธนา ชีวีวัฒน์¹, ศศิศ ศุขเจริญ², นิติบดี ศุขเจริญ^{3*}

Pratana Cheveewat¹, Sasis Sukjaroen², Nitibodee Sukjaroen^{3*}

สถาบันราชานุกูล¹, โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี², มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต^{3*}

Rajanukul Institute¹, The Demonstration School of Thepsatri Rajabhat University², Kasem Bundit University^{3*}

(Received: August 15, 2023; Revised: April 18, 2024; Accepted: May 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียน และเปรียบเทียบคุณลักษณะงานวิจัยที่มีค่าต่อขนาดอิทธิพล งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยประเภทเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียนทำการสืบค้นจาก 2 ฐานข้อมูล ได้แก่ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และและฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS) ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยแบบประเมิน ROBINS-I โดยรวมมีค่าอคติอยู่ในระดับต่ำ และมีค่าเพียงพอต่อการคำนวณขนาดอิทธิพล คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 13 เรื่อง 13 ค่าขนาดอิทธิพล เป็นงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 พบจำนวนตัวอย่างวัยรุ่น 584 คน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยโปรแกรม Meta-Essentials

ผลการศึกษา พบว่า การกระจายตัวของการใช้โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยในโรงเรียนมีค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูง มีค่าอยู่ในช่วง -0.63 ถึง -4.93 และมีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 โปรแกรมบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้แตกต่างกัน ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก เป็นโปรแกรมบำบัดที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด 3 อันดับแรก ดังนั้นควรปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงในรูปแบบบูรณาการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียนได้

คำสำคัญ: โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่นไทย, โรงเรียน, การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

*ผู้ให้การติดต่อ นิติบดี ศุขเจริญ e-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

Abstract

The objective of this research was to study the characteristics of research on depression treatment programs for Thai adolescents in schools and to compare the characteristics of research that has effect size values. The research synthesized includes experimental or quasi-experimental studies on depression therapy programs for Thai adolescents in schools. The studies were sourced from two databases: the Thai Journal Citation Index Centre (TCI) and the ThaiLIS database. The quality of the research was assessed using the ROBINS-I tool, with overall bias rated as low and sufficient for calculating effect sizes. Thirteen studies with thirteen effect size values were included, covering research conducted between 2001 and 2020, involving a total of 584 adolescent participants. The average effect size was analyzed using the Meta-Essentials program.

The results showed that the distribution of the use of depression treatment programs for Thai adolescents in schools had high effect sizes, ranging from -0.63 to -4.93, with an average effect size of -1.57 and a 95% confidence interval of -2.22 to -0.92. The treatment programs were found to vary in their effectiveness at reducing depression. The top three programs with the highest effect sizes were life skills training programs, emotional management programs, and programs focused on consistency in worldview. Therefore, it is recommended to improve and develop high-effect-size treatment programs in an integrated manner to effectively reduce depression among adolescents in schools.

Keywords: Depression Treatment Programs, Thai Adolescents, School, Meta-Analysis

บทนำ

ประเทศไทยมีวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ประมาณ 8.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สำหรับเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่ และมีโอกาสเกิดได้บ่อยในเด็กและเยาวชนที่อายุระหว่าง 10-18 ปี ซึ่งเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า และพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าก็มีความเสี่ยงที่มีลูกที่มีภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับที่สองของโลก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า ร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูงและร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีกร้อยละ 22

มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 183,974 คน ที่เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิตในช่วง 18 เดือนของการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 (Hfocus, 2021) และจากการสำรวจเพิ่มเติมของ จันทิมา อังคพณิชกิจ และอริชชาติ โรจนะหัสติน (2564) พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัย มีความคิดและอารมณ์ความรู้สึกเบื้องต้น และเหงาที่บ่งชี้อาการของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ส่วนอุบัติการณ์ ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอัตราร้อยละ 23.30 ซึ่งสูงกว่าอัตราร้อยละ 4 ของประชากรไทยที่เข้าข่าย ภาวะซึมเศร้าตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017)

ในวิถีชีวิตของเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบัน สถานภาพของครอบครัว การบริโภคสื่อรวมถึงสภาพสังคม ที่เน้นการเปรียบเทียบแข่งขัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าที่เกิดในโรงเรียนอาจมาจากสภาพแวดล้อม เช่น การกลั่นแกล้ง (Bullying) จากเพื่อน รุ่นพี่ หรือครู เช่น การใช้คำพูดของครูที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เรียน โดยครูอาจจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม เพราะคำพูดที่ขาดการไตร่ตรองนั้นมักส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้รับฟัง ประกอบกับผู้เรียนแต่ละคนมีความอ่อนไหว ต่ออารมณ์ที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังเกิดจากสภาพแวดล้อมที่กดดันจากการแข่งขันด้านการเรียน การคาดหวังกับ ผลการเรียนมากเกินไป เนื่องจากได้รับการบ่มเพาะมาจากค่านิยมเรื่องเกรด และอื่น ๆ เป็นต้น (จิราพร เณรธรรณี, 2566) ดังนั้นสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศจึงควรตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหานี้ เพราะเด็กและเยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ปัญหาภาวะซึมเศร้า จึงเป็นปัญหาลูกโซ่ที่ไม่ควรละเลย สังคมจึงควรมีส่วนในความรับผิดชอบร่วมกันตั้งแต่การสร้างภูมิคุ้มกันภายในตัวเด็ก และเยาวชนให้มีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่กำลังเผชิญได้ รวมถึงการสร้าง สภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพให้การยอมรับ เพื่อเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนเห็นคุณค่าในตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี และมีทุนในการดำเนินชีวิตต่อไป (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนทางด้าน ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งปัจจุบันการบำบัดภาวะซึมเศร้า มี 2 รูปแบบใหญ่ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และรักษา ด้วยจิตบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาด้วยจิตบำบัดในวัยรุ่นที่ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น ได้แก่ การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) หรือการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy (IPT)) (วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน และมธุรดา สุวรรณไพฑี, 2561) และเมื่อจำแนกกลุ่มบำบัดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้โครงสร้าง ของการจัดกลุ่ม ลักษณะผู้ป่วยและลักษณะของผู้ที่จะทำกลุ่มบำบัด ได้แก่ 1) กลุ่มกิจกรรม (Activity Group) 2) กลุ่มให้ความรู้ (Educational Group) 3) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (Therapeutic Group) แบ่งกลุ่มจิตบำบัด ย่อยได้เป็น 2 ประเภทย่อย คือ กลุ่มจิตบำบัดเพื่อเกิดภาวะหยั่งรู้ (Insight Group Psychotherapy) และ

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Group Psychotherapy) และ 4) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-Help Groups) (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557)

จากการสำรวจในฐานข้อมูล TCI เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอายุช่วงวัยรุ่น พบว่ามีจำนวนมากและหลากหลายพอควร เป็นรูปแบบที่ใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐาน หรือแบบพัฒนาผสมผสานกับอัตลักษณ์วิถีวัฒนธรรมของไทยเข้าร่วมด้วย รวมทั้งในบทความวารสารต่างประเทศ มีการศึกษาการวิเคราะห์อภิมานในภาพรวมเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าทั้งในภาพรวมทุกช่วงวัย หรือเฉพาะวัยรุ่นมาบ้างแล้ว อย่างไรก็ตามรายละเอียดดังกล่าวไม่มีการรายงานที่เกี่ยวกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นไทย เฉพาะเจาะจง หรือพิจารณาตามองค์ประกอบต่างในเชิงภูมิภาค และยังไม่ปรากฏการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในประเทศไทยถึงรูปแบบการพิจารณาเฉพาะโปรแกรมบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจประมวลองค์ความรู้ด้านโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า เฉพาะในประเทศไทยจากฐานข้อมูลทั้งในรูปแบบบทความที่ตีพิมพ์ลงวารสาร และรูปแบบวิทยานิพนธ์ที่ไม่มีการตีพิมพ์เป็นบทความ เพื่อประโยชน์ในการคัดสรร และเลือกประยุกต์ใช้วิธีการบำบัด ได้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หรือตัวแปรอื่นๆที่ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2565) อันเป็นองค์ความรู้ที่สามารถต่อยอด ขยายผล และควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ทำให้วิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน และเปรียบเทียบคุณลักษณะงานวิจัยที่มีค่าต่อขนาดอิทธิพล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อภิมาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเพื่อสรุปความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยด้วยเมตา ตามแนวปฏิบัติและขั้นตอนการดำเนินการของ Cooper (2016) ได้แก่ 1) การสรุปปัญหา 2) การค้นคว้าวรรณกรรม 3) การรวบรวมข้อมูลจากการศึกษา 4) การประเมินคุณภาพของการศึกษา 5) การวิเคราะห์และการรวมผลลัพธ์จากการศึกษา 6) การสังเคราะห์ข้อมูล และ 7) การนำเสนอผลลัพธ์ โดยมีการสืบค้นงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 และกำหนดคุณสมบัติในการสืบค้นงานวิจัยโดยกรอบของ PICO Framework

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์อภิมาน จากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน ในประเทศไทยที่รายงานตั้งแต่พ.ศ. 2544-2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ รายงานการวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทย ในโรงเรียนที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS) ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 จากการสืบค้นพบมีงานวิจัยทั้งหมด 351 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทย ในโรงเรียน ที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS) ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 โดยคัดเลือกตาม PICO Framework ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง (Participants) คือ วัยรุ่นไทยในโรงเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า
2. วิธีการทดลอง (Intervention) คือ โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน
3. กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison) คือ วัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน กับวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ หรือได้รับการดูแลปกติในโรงเรียน
4. ผลลัพธ์ (Outcomes) คือ ระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

โดยรายงานการวิจัยที่คัดเลือกต้องเป็นงานวิจัยประเภทกึ่งทดลองที่ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน ในรูปแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง และปรากฏการรายงานค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนก่อนทดลองและหลังทดลอง จำนวนกลุ่มทดลองของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ROBINS-I (“Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions”) ที่เหมาะสมกับการประเมินงานวิจัยแบบไม่ใช้การสุ่ม เนื่องด้วยเป็นการวิจัยในเชิงสังคมศาสตร์ที่ไม่สามารถจำกัดการสุ่มที่เป็นตัวแทนอย่างแท้จริง และเพื่อให้ได้งานวิจัยที่หลากหลายมากที่สุด แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย มี 2 ส่วน คือ แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัยและสมุดลงรหัส และโปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Meta-Essentials (Suurmond, van Rhee, & Hak, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.8 และแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำ ต่อมาได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ROBINS-I ด้วยการประเมินตรวจสอบกันระหว่างผู้ร่วมวิจัย ในงานวิจัย 5 เรื่อง ให้ผลที่ตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ผ่านการฝึกฝนการสืบค้นข้อมูล การคัดเลือก และการเก็บรวบรวมงานวิจัย เกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยโดยใช้ระยะเวลา

จำนวน 3 เดือน ในช่วง 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. สํารวจรายชื่อเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น จากระบบสืบค้นฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

คำสืบค้น	จำนวนบทความจาก ฐานข้อมูล TCI (เรื่อง)	จำนวนงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จาก ฐานข้อมูล ThaiLIS (เรื่อง)	รวม
ซึมเศร้า และวัยรุ่น	89	78	167
ซึมเศร้า และ นักเรียน	45	36	81
ซึมเศร้า และเด็ก	54	49	103
รวม	188	163	351

2. ผู้วิจัยพิจารณาความซ้ำซ้อนของเรื่องงานวิจัย หากเป็นเรื่องเดียวกัน คัดรูปแบบที่มีรายละเอียดที่สมบูรณ์ที่สุดเป็นตัวอย่งการวิจัย

3. ผู้วิจัยพิจารณาคุณลักษณะงานวิจัยว่าตรงกับคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้หรือไม่ หากตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกงานวิจัยนั้นไว้บันทึกลงแบบบันทึกงานวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วทำการบันทึกผลการประเมินลงในแบบการประเมินงานวิจัย กรณีที่ผู้ประเมินมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยกำหนดให้เลือกใช้การประเมินจากเสียงส่วนใหญ่ คือ 2 ใน 3 เป็นค่าการประเมินงานวิจัยนั้น ๆ ในกรณีที่ผู้ประเมินให้ระดับคุณภาพที่แตกต่างกัน จนไม่สามารถกำหนดเป็นเสียงข้างมากได้ ให้กำหนดการประชุมร่วมกันเพื่อแสดงเหตุผล และทำข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดระดับคุณภาพในประเด็นนั้น ๆ โดยเฉพาะ

5. ผู้วิจัยอ่านรายงานที่คัดเลือกมาได้้อย่างละเอียด แล้วทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นคุณลักษณะงานวิจัย และค่าสถิติต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย

6. จัดเตรียมแฟ้มข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทยในโรงเรียน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล แยกเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ผลการสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ขั้นที่ 1 การสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน สำหรับคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยระดับเล่ม ตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และตัวแปรการวัดภาวะซึมเศร้า โดยแสดงรายละเอียดเป็นของแต่ละเรื่อง

ขั้นที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์อภิมาน หาค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Meta-Essentials Version 1.4 (สุรศักดิ์ เสภาแก้ว, 2559; อรุณ จิรวัดน์กุล, 2556; Suurmond, van Rhee, & Hak, 2017) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.1 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจำแนกตามรายปัจจัย และตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย โดยใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คำนวณจาก $I^2 = 100\% \times (Q-df)/Q$ (Higgins & Thompson, 2002; Higgins & Green, 2011)

2.2 ประเมินค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรที่ทำให้ปลอดจากความคลาดเคลื่อน (unbiased estimators of effect size) ตามสูตรของ Hedges & Olkin (1985)

2.3 แปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับสูง 0.3-0.5 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับต่ำ 0.0 แปลว่า ไม่มีขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988)

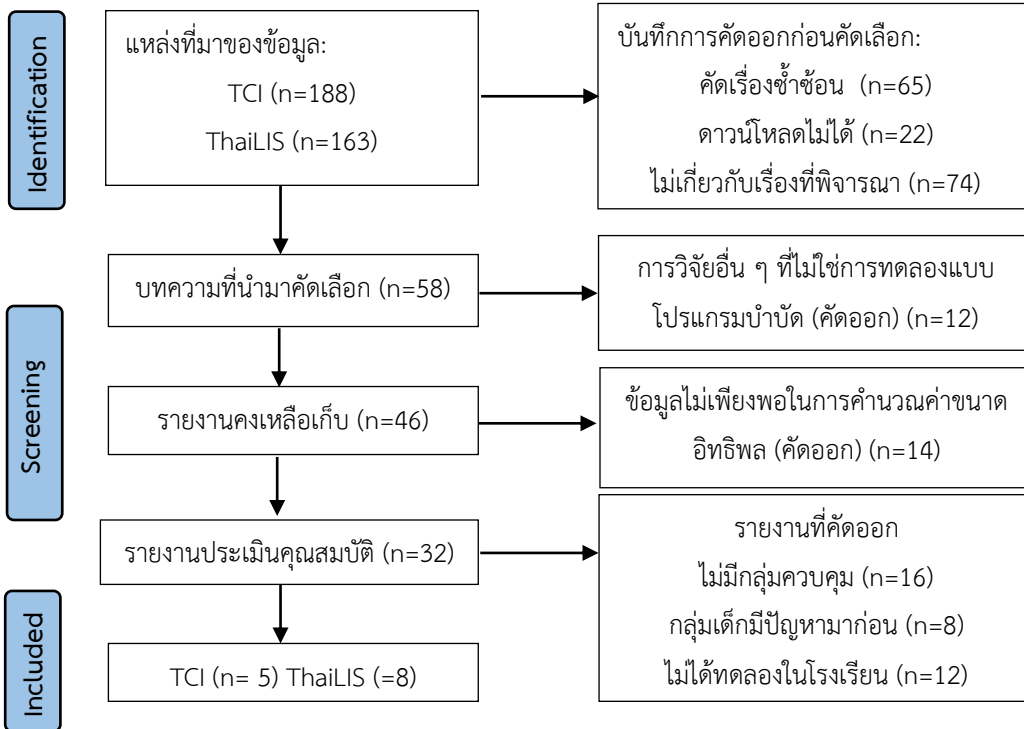
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่รับรองโครงการ R011/66X แบบยกเว้น (Exemption Review) วันที่รับรอง 29 มิถุนายน 2566 เนื่องจากงานวิจัยไม่ได้เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ผลการสืบค้นข้อมูล

พบว่า การใช้คำสืบค้นในการสำรวจจำนวนงานวิจัยจากฐานข้อมูล TCI และ ThaiLIS ปรากฏงานวิจัย 188 และ 163 เรื่อง ตามลำดับ โดยคงเหลือ 58 เรื่อง ได้จากการคัดออกด้วยความซ้ำซ้อน ดาวนโหลดไม่ได้ และไม่เกี่ยวกับเรื่องที่กำลังพิจารณา เมื่อพิจารณาในรายละเอียดด้านข้อมูลเพียงพอในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล คงเหลือทั้งสิ้น 13 เรื่อง ผลการสืบค้น ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิการคัดเลือกบทความวิจัย ตามหลัก PRISMA guidelines for reporting systematic reviews and meta-analysis (Moher Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009; Perestelo-Pérez, 2013)

2. ข้อมูลพื้นฐานของบทความวิจัย

จากตารางที่ 1 ปรากฏงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง แสดงรายละเอียดของแต่ละงานวิจัยที่ทำการทดลองแยกเป็นพื้นที่แต่ละจังหวัด โดยระบุเพศ ช่วงอายุ และชั้นปีที่กำลังศึกษา ที่ได้ดำเนินการทดลอง ทั้งนี้ได้แสดงรายละเอียดของโปรแกรมบำบัดแต่ละประเภท ที่ระบุระยะเวลาบำบัดต่อครั้ง ระยะเวลา และจำนวนครั้งของโปรแกรมทั้งโปรแกรม รวมทั้งแบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของรายงานการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อผู้วิจัย	จังหวัด	เพศ	อายุ	ชั้น	โปรแกรมบำบัด	ระยะเวลา (นาที) ต่อครั้ง	จำนวน สัปดาห์	จำนวน ครั้ง	แบบวัด
ฉันทนา แรงสิงห์ (2556)	เชียงราย	ชาย	ไม่ระบุ	ม. 1-6	โปรแกรมกลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลและอารมณ์	90	6	12	CDI
ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2561)	ศรีสะเกษ	ชาย	16-18	ม.4-6	โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต	ไม่ระบุ	8	8	CES-D

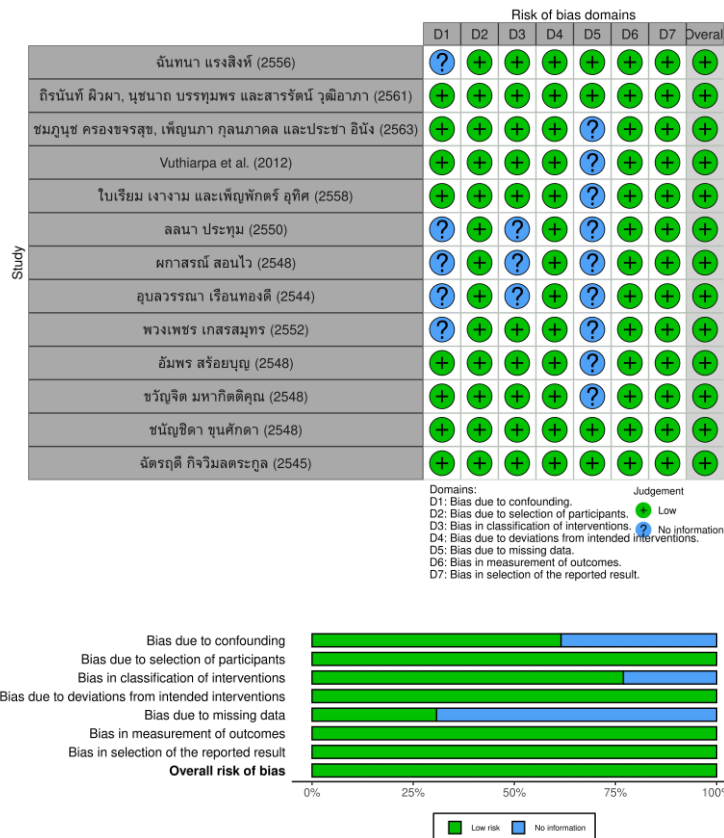
ชื่อผู้วิจัย	จังหวัด	เพศ	อายุ	ชั้น	โปรแกรมบำบัด		ระยะเวลา (นาที) ต่อครั้ง	จำนวน สัปดาห์	จำนวน ครั้ง	แบบวัด
ชมภูษิต ครองขจรสุข, เพ็ญนภา กุลนภาดล และประชา อินัง (2563)	ชลบุรี	ชาย	ไม่ระบุ	ม.1-3	การปรึกษากลุ่มทฤษฎี เน้นทางออกระยะสั้น	ทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น (Solution focus Brief Therapy)	60	8	8	CDI
Vuthiarpa, Sethabouppha, Soivong, & Williams (2012)	ไม่ระบุ	ชาย	ไม่ระบุ	ม.1-4	School-based Cognitive Behavioral Therapy (CBT)		ไม่ระบุ	12	12	CES-D
ใบเรียม เงามาม และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2558)	สิงห์บุรี	ชาย	13-17	ม. 4	โปรแกรมการจัดการ กับอารมณ์	Adolescents Coping with Emotions (ACE) ของโคเวนเลนโก้ และคณะ	ไม่ระบุ	4	8	CDI
ลลนา ประทุม (2550)	จันทบุรี	ชาย	11-14	ม.ต้น	โปรแกรมพัฒนาทักษะ การเผชิญความเครียด	Adolescent Coping with Depression Course และ Adolescent Coping with Stress Class	60-90	6	11	CDI
ผกาสรณ์ สอนไว (2548)	สุราษฎร์	ชาย	15-18	ม.4	โปรแกรมการศึกษา เพื่อสร้างพลัง การให้คำปรึกษา	empowerment program พัฒนาเอง	90	7	7	CES-D
อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544)	สุพรรณ	ชาย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ			90	3	3	CES-D
พวงเพชร เกสรสมุทร (2552)	กทม.	ชาย	ไม่ระบุ	ม.ปลาย	โปรแกรมเสริมสร้าง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง	CBT	60	7	14	CES-D
อัมพร สร้อยบุญ (2548)	ลำพูน	ชาย	15-18	ม.ปลาย	การเดินแอโรบิก	โปรแกรมตามหลักเวช ศาสตร์การกีฬา แห่งสหรัฐอเมริกา	30-60	8	24	BDI-1A
ขวัญจิต มหากิตติคุณ (2548)	เชียงใหม่	ชาย	18	ม.6	โปรแกรมการฝึกพูด กับตัวเองทางบวก	Nelson-Jones	30-45	2	10	BDI-1A
ขวัญชิตา ขุนศักดิ์ (2548)	ชลบุรี	ชาย	ไม่ระบุ	ม.1	โปรแกรมความ สอดคล้องในการ มองโลก		50	4	12	CDI
ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล (2545)	ระยอง	หญิง	ไม่ระบุ	ม.2	ให้คำปรึกษากลุ่ม+ โยคะ	หะฐะโยคะ ของชมชื่น สิทธิเวช	120	ไม่ระบุ	7	CDI

Abbreviation: CDI: Children's Depression Inventory; CES-D: Center for Epidemiology Studies Depression Scale; BDI-1A: Beck Depression Inventory IA

3. ผลการประเมินคุณภาพของบทความวิจัย

ประเด็นการประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมิน ROBINS-I ที่เหมาะสมกับการทดลองแบบ Non-Randomized โดยมีประเด็นการประเมินคุณภาพ (Domain) 7 หัวข้อดังนี้ **ก่อนการทดลอง (Pre-intervention)** อคติจากตัวแปรกวน (Bias due to Confounding, D1) อคติจากการเลือกผู้เข้ารับงานวิจัย (Bias in selection of participants into the study, D2) **ขณะทดลอง (At intervention)** อคติในการตัดสินว่าตัวอย่างได้รับสิ่งทดลองหรือไม่ (Bias in classification of Interventions, D3) **หลังการทดลอง (Post-intervention)** อคติจากการไม่รับการรักษาตามที่ตั้งใจไว้ (Bias due to deviations from intended interventions, D4) อคติจากการสูญหายของข้อมูล (Bias due to missing Data, D5) อคติจากการวัดผลลัพธ์

(Bias in measurement of Outcomes, D6) อคติจากการเลือกการรายงานผล (Bias in selection of the reported result, D7) โดยรวมแล้วอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในภาพที่ 2

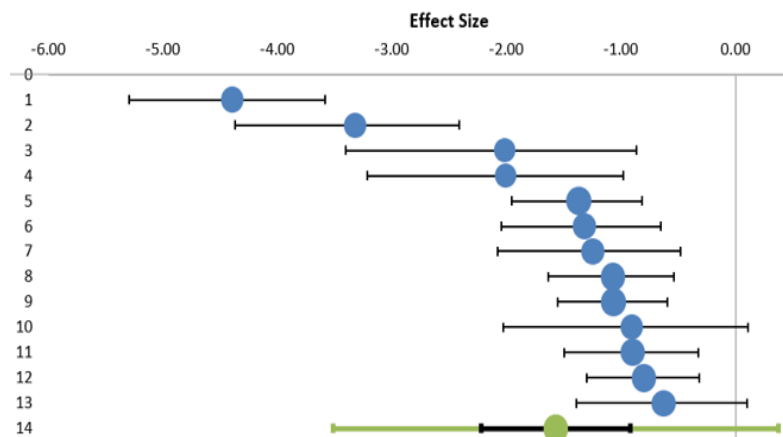


ภาพที่ 2 การประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยแบบประเมิน ROBINS-I

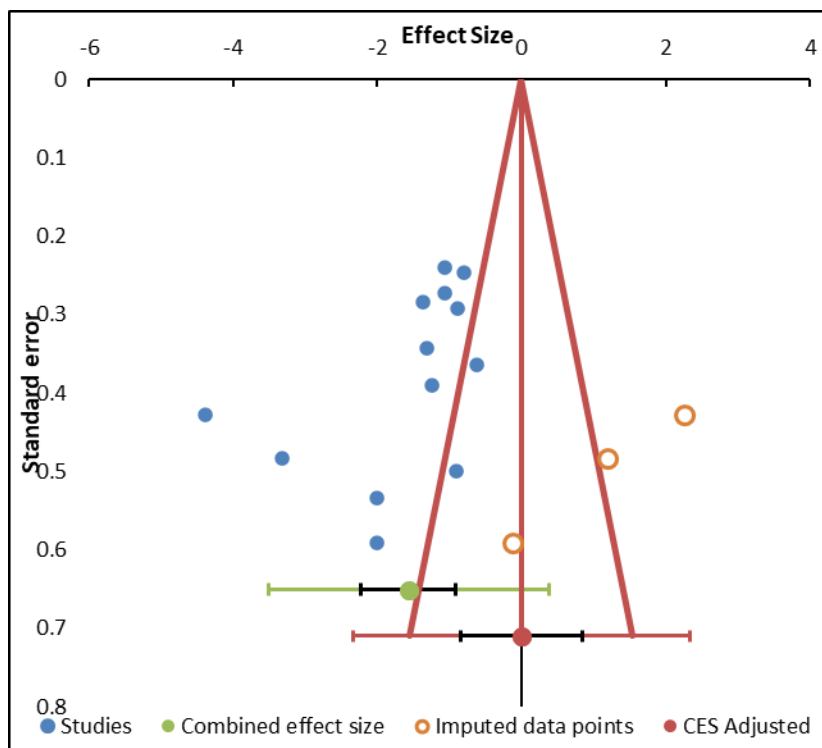
จากตารางที่ 2 แสดงถึงค่าขนาดอิทธิพล (g) พร้อมทั้งค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์อภิमान การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ใช้รูปแบบ Random Effects Model เพราะข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลมีการกระจายตัวไม่เป็นเอกพันธ์ ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยจากค่าขนาดอิทธิพล 13 ค่า มีค่าเท่ากับ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 และมีช่วงของการทำนาย 95% ของความวิจัยในอนาคตที่อาจมีค่าอยู่ในช่วง -3.51 ถึง 0.38 ค่า Z-value -5.23 แสดงว่า มีค่าแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับค่า Q-statistic (Cochrane's Q) เท่ากับ 84.65 และ p-value เท่ากับ 0.000 ค่า I² เท่ากับ 85.82% ค่า T² เท่ากับ 0.71 แสดงผลว่าข้อมูลไม่เป็นเอกพันธ์

ตารางที่ 2 ค่าขนาดอิทธิพล (g) พร้อมทั้งค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ลำดับที่	ชื่อผู้วิจัย	Hedges' g	CI Lower Limit	CI Upper Limit	Weight
1	ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และ สารรัตน์ วุฒิอากาศ (2561)	-4.39	-5.29	-3.59	7.40%
2	ใบเรียม เจางาม และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2558)	-3.32	-4.37	-2.41	7.00%
3	ชนัญชิตา ขุนศักดิ์ (2548)	-2.01	-3.40	-0.86	6.23%
4	ชมกฤษฯ ครองขจรสุข, เพ็ญนภา กุลนภาดล และประชา อีนั่ง (2563)	-2.01	-3.22	-0.98	6.65%
5	ฉันทนา แรงสิงห์ (2556)	-1.37	-1.95	-0.82	8.37%
6	พกาสรณ์ สอนไว (2548)	-1.32	-2.04	-0.65	7.99%
7	ขวัญจิต มหาภิตติคุณ (2548)	-1.24	-2.08	-0.48	7.67%
8	พวงเพชร เกสรสมุทร (2552)	-1.07	-1.63	-0.54	8.43%
9	อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544)	-1.06	-1.55	-0.60	8.62%
10	ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล (2545)	-0.91	-2.03	0.11	6.89%
11	อัมพร สร้อยบุญ (2548)	-0.90	-1.50	-0.32	8.31%
12	Vuthiarpa, Sethabouppha, Soivong, & Williams. (2012)	-0.80	-1.30	-0.32	8.59%
13	ลลนา ประทุม (2550)	-0.63	-1.39	0.10	7.85%



ภาพที่ 3 แผนภูมิ Forrest Plot



ภาพที่ 4 แผนภูมิ Funnel Plot

ผลจากอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ 0.00 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -0.85 ถึง 0.84 ซึ่งมีค่าลดลงจากเดิม คือ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 แต่เนื่องด้วยข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน ($I^2 = 89.01\%$) ดังนั้นค่า Publication Bias จึงไม่สมดุจจึงใช้เทคนิค Trim and Fill เติมข้อมูลในฝั่งขวาจำนวน 3 ข้อมูล ทำให้เสมือนเป็นกลุ่มข้อมูลที่มีความเป็นเอกพันธ์ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงคงเหลือ 0.00 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -0.85 ถึง 0.84 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลจากอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias)

Combined effect size	Observed	Adjusted	Heterogeneity	
Hedges' g	-1.57	0.00	Q	136.48
Standard error	0.30	0.40	p_0	0.000
CI Lower limit	-2.22	-0.85	I^2	89.01%
CI Upper limit	-0.92	0.84	T^2	1.05
PI Lower limit	-3.51	-2.34	T	1.02
PI Upper limit	0.38	2.34		

การอภิปรายผล

จากข้อมูลพื้นฐานสำรวจจากงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2563 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทดลองในกลุ่มวัยรุ่นไทยในโรงเรียนที่ไม่เฉพาะเจาะจงด้านเพศในการศึกษา และอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงตอนปลาย โดยพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออก และภาคเหนือ โปรแกรมบำบัดส่วนใหญ่ที่นำมาใช้วิจัยเป็นการปรึกษากลุ่ม และ โปรแกรมบำบัดแบบ (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) ระยะเวลาที่ใช้บำบัดต่อครั้งอยู่ในช่วง 30-120 นาที 2-12 สัปดาห์ และ 3-24 ครั้ง โดยแบบวัดภาวะซึมเศร้า มี 3 รูปแบบ ได้แก่ Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D), Children's Depression Inventory (CDI) และ Beck Depression Inventory IA (BDI-IA)

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียนในประเทศไทย จาก 13 เรื่อง ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลกเป็น 3 อันดับที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดตามลำดับ ดังนี้ -4.39, -3.32 และ -2.01 ที่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ -1.57 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.22 ถึง -0.92 เมื่อทำให้ข้อมูลเป็นเอกพันธ์ ด้วยการลดค่าอคติการตีพิมพ์ ทำให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมเปลี่ยนแปลงเหลือเท่ากับ 0.00 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -0.85 ถึง 0.84 ดังนั้น โปรแกรมบำบัดที่ควรนำมาใช้ คือ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก เพราะสามารถทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้มากกว่าโปรแกรมบำบัดอื่น ๆ

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเป็นที่แพร่หลายอย่างมาก ก่อให้เกิดการคิดฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นจึงควรมีโปรแกรมที่ติดตามและส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ (Satinsky et al, 2021) ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในโรงเรียน เป็นการศึกษาเฉพาะวัยรุ่นที่ไม่เป็นโรค หรือผ่านสภาวะการณกตตันใด ๆ เพราะการเป็นโรคส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล (van Barneveld et al., 2021)

แบบวัดภาวะซึมเศร้า ที่ใช้ในการศึกษา พบว่ามีการใช้แบบประเมินที่หลากหลาย ขึ้นกับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด และข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดภาวะซึมเศร้า มี 3 รูปแบบ ได้แก่ BDI-1A, CES-D (อายุ 15-18 ปี) และ CDI (อายุ 7-17 ปี) ทั้งนี้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังพบว่ามีอีกหลากหลายแบบ เช่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (อายุ 11-20 ปี) (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) ซึ่งจะเห็นว่าแบบประเมินภาวะ ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้

การประเมินคุณภาพของบทความด้วย ROBINS-I เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับการทดลองประเภท Non-Randomized ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือ Risk of Bias ของ Cochrane Collaboration เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Sobalvarro et al. (2023) ที่ใช้กับการทดลองประเภท Quasi-Experimental Studies ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถคำนวณได้จากค่าผลต่างค่าเฉลี่ย

มาตรฐาน (Standardized Mean Difference) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ โปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก และ 3 อันดับที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด โปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด School-based Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ส่วนการเต้นแอโรบิกมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในกลุ่มต่ำ และเมื่อให้คำปรึกษากลุ่มร่วมกับโยคะทำให้ค่าขนาดอิทธิพลสูงขึ้น ทั้งนี้เพราะการออกกำลังกายมีผลดีต่ออาการซึมเศร้าในประชากรทั่วไปในทุกช่วงอายุ (Hu et al., 2020) โดยเฉพาะ Wegner, Amatriain-Fernández, Kaulitzky, Murillo-Rodriguez, Machado, & Budde (2020) ได้ระบุว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

การลดอคติของค่าขนาดอิทธิพลด้วยการแปลงค่าจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen เป็น Hedges เป็นการลดอคติจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการลดอคติจากการตีพิมพ์ (Publication Bias) ด้วยการสร้างกราฟ Funnel Plot ซึ่งเป็นการเพิ่มค่า 3 ค่าทางขวาทำให้กราฟสมมาตร ส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพลเปลี่ยนแปลงลดลงมีค่าเท่ากับ 0 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าไม่มีขนาดอิทธิพล เมื่อใช้โปรแกรมบำบัดใด ๆ อาจช่วยบำบัดได้บ้างในระดับน้อยถึงมาก หรือไม่มีส่วนช่วยเลยก็อาจเป็นไปได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ถูกบำบัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะปกติ ขณะที่ Cuijpers, Karyotaki, de Wit, & Ebert (2020) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ Psychotherapy เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า 15 ชนิดวิธี มีค่าขนาดผลกระทบมีตั้งแต่ $g = 0.38$ สำหรับหลักสูตร "Coping with Depression" ถึง $g = 1.10$ สำหรับ Life Review Therapy ซึ่งมีความหลากหลายสูงไม่เป็นที่แน่ชัดระบุว่าวิธีการใดให้ผลได้ดี เนื่องมาจากความลำเอียงในการตีพิมพ์ และความเสี่ยงของการเกิดอคติในการศึกษาส่วนใหญ่ ดังนั้น การเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จึงควรต้องลงในรายละเอียดเฉพาะกลุ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการทดลองประเภท non-randomized การประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมิน ROBINS-I มีความเหมาะสมตามหลักฐานที่กำหนด ซึ่งแบบประเมินมีอีกหลายรูปแบบจึงควรพิจารณาการใช้ให้เหมาะสม
2. ควรนำโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงมาใช้บำบัด หรือพัฒนาต่อยอด แล้วนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล เปรียบเทียบ
3. ควรคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล จากข้อมูลในมิติต่างๆ ให้รอบด้าน โดยแบ่งเป็นประเด็นย่อยที่เฉพาะเจาะจง เช่น เพศ การศึกษา ที่พักอาศัย เป็นต้น
4. ควรศึกษาโปรแกรมบำบัดเฉพาะ ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต โปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ และโปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลก ในรูปแบบการเปรียบเทียบ หรือพัฒนาโปรแกรมบำบัดที่ผสมผสานส่วนดี และเด่นของโปรแกรมบำบัดข้างต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ และการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ ส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ควรมีการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังจากมีการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบในระยะยาวต่อไป
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปเสนอให้มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึงปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญจิต มหาภคิตติคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา อังคพณิชกิจ และอริชาติ โรจนะหัสติน. (2564). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. วารสารเทคโนโลยีสุนารี, 15(1), 61-86.
- จิราพร เณรธณี. (2566). เมื่อซึมเศร้ากลายเป็นโรคแห่งยุคสมัย ครูควรรับมืออย่างไร. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567 จาก <https://www.educathai.com/knowledge/articles/634>.
- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557). กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(1), 1-15.
- ฉัตรฤดี กิจวิมลตระกูล. (2545). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีการฝึกหัดหัดโยคะต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). ผลของโปรแกรมกลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(2), 29-41.
- ชนัญชิตา ขุนศักดิ์ดา. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมความสอดคล้องในการมองโลกที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดชลบุรี. การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชมภูนุช ครองขจรสุข, เพ็ญญา กุลนภาดล และประชา อินัง. (2563). ผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา. วารสารการวัดผลการศึกษา, 37(101), 146-158.
- ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทุมพร และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 89-98.
- ไบเรียม เงามาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 116-127.

- ผกาสรณ์ สอนไว. (2548). ผลของโปรแกรมการศึกษาเพื่อสร้างพลังต่อการเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กวัยรุ่น. การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพชร เกสรสมุทร. (2552). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้สึกรักเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ลดความคิดทางลบ เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลลนา ประทุม. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน และมจรูดา สุวรรณโพธิ์. (2561). แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชน: จะช่วยอย่างไร? สุขภาพคนไทย 2563, น. 53-57. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566 จาก https://www.thaihealthreport.com/th/situation_ten.php?id=4&y=2563&bm=1.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). คู่มือปฏิบัติ การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ:บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). ร้อยละของเด็กวัยรุ่น อายุ 13-24 ปี. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566 จาก https://catalog.nso.go.th/dataset/os_04_00013.
- สุรศักดิ์ เสาก้าว. (2559). การอ่านและการแปลผลงานวิจัยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 8(1), 139-151.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). การนำเสนอผลต่างของการสอนด้วยขนาดอิทธิพล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 935-936.
- อัมพร สร้อยบุญ. (2548). ผลของการเดินแอโรบิกต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลวรรณ เรือนทองดี. (2544). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, H. (2016). *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach*. Fifth Edition. Sage: USA.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*. 30(3), 279-293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>

- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hfocus. (2021). *Assessment of the mental health of more than 180,000 Thai children and adolescents found that they were highly stressed and at risk of depression. more addicted to online games!!*. Retrived August 5, 2023 from <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23307>.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration.
- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539-58. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- Hu, M. X., et al. (2020). Exercise interventions for the prevention of depression: A systematic review of meta-analyses. *BMC Public Health*, 20(1), 1255. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09323-y>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3).
- Satinsky, E. N., et al. (2021). Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph.D. students. *Scientific Reports*, 11(1), 14370. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93687-7>
- Sobalvarro, J. V., et al. (2023). Effectiveness of laughter therapy on anxiety and depression in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira De Farmacia Hospitalar E Servicos De Saude*. 14(2), 906. <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2023.142.0906>
- Suurmond, R., Van Rhee, H., & Hak, T. (2017). Introduction, comparison and validation of Meta-Essentials: A free and simple tool for meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 8(4), 537-553. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1260>

- van Barneveld, E., et al. (2022). Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health (2002)*, 31(2), 219-230. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0021>
- Vuthiarpa, S., Sethabouppha, H., Soivong, P. & Williams, R. (2012). Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioral Therapy Program for Thai Adolescents with Depressive Symptoms. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(3), 206-221. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5877>
- Wegner, M., Amatriain-Fernández, S., Kaulitzky, A., Murillo-Rodriguez, E., Machado, S., & Budde, H. (2020). Systematic review of meta-analyses: Exercise effects on depression in children and adolescents. *Frontier in Psychiatry*, 11, 81. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00081>
- World Health Organization. (2017). *Depression let's talk*. Retrived August 5, 2023 from http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf.