

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี The Result of a Cognitive Behavioral Therapy Program on Depression among Practical Nurses in a Chonburi Province Hospital

ภัทรภณ แจ่มมิน* อีรยยุทธ เสงี่ยมศักดิ์** ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์***

Pattarapon Jammin,* Teerayut Sa-ngiamsak,** Srirat Lormphongs***

* โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี

* Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi Province

** ,*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

** ,*** Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi Province

*** Corresponding Author: sriratl@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แบบประเมิน Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในภาพรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90 โดยด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.3 อายุเฉลี่ย 36.15 ปี และอายุงานเฉลี่ย 11.26 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.2 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.1 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 55.6 รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63 ลักษณะงานเป็นการทำงานสลับกะ ร้อยละ 85.2 มีจำนวนเวรต่อเดือนเฉลี่ย 23 เวร และเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($z = -3.443$ และ -4.298 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับของภาวะซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้า ผู้ช่วยพยาบาล

Received: April 20, 2024; Revised: June 19, 2024; Accepted: June 19, 2024

Abstract

This research is a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design that assesses the effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy (CBT) program on depressive symptoms among 27 practical nurses (PN) at one hospital in Chonburi province. The research instruments included the CBT program and the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). The IOC for all items was greater than 0.5, and the Cronbach's alpha coefficient for the overall DASS-21 was 0.90, with a value of 0.72 for the depression subscale. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test for inferential statistics.

The study participants were predominantly female (96.3%), with an average age of 36.15 years and an average work experience of 11.26 years. Most participants (85.2%) had no chronic illnesses. Regarding education, 48.1% had completed high school. Marital status showed that 55.6% were single. The majority (63%) reported insufficient income, and 85.2% worked in rotating shifts, with an average of 23 shifts per month. Comparisons of depression levels before and after the intervention at weeks 2 and 4 showed a significant reduction in depressive symptoms, with statistical significance at the .001 level ($z = -3.443$ and -4.298 , respectively). Therefore, this study concludes that the CBT program effectively reduces depressive symptoms.

Keywords: cognitive behavioral therapy, depression, practical nurses

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ไม่เพียงส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกเชิงลบเท่านั้น แต่ยังรบกวนความคิดและการกระทำของผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเศร้า (Sadness) และสูญเสียสิ่งที่ตนเองสนใจ (Loss of interest) เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และความสามารถในการทำงาน¹

ผู้ช่วยพยาบาลถือเป็นหนึ่งในทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่ในการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนโดยช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน² อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสมาพันธ์พยาบาลแห่งประเทศไทย

นิเวศน์ศรีวิภา ประเทศแคนาดา พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลพบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 73.8 โดยที่มากกว่าร้อยละ 44 ไม่ได้มีการไปพบกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม และผู้ช่วยพยาบาลมีภาวะความเครียดจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 72.8 โดยมีสาเหตุเกิดจากลักษณะงานที่มีความเครียดและความกดดันจากการทำงานและการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก การทำงานล่วงเวลา การไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอทั้งนอกเวลางานและระหว่างกะการทำงาน จากปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง และมีความกังวลในการเกิดอันตรายระหว่างการบริการทางการแพทย์³ สอดคล้องกับการสำรวจของงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลมีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 25 จากผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมด นอกจากนี้



เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลมีความเครียดคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 60.3 จากประชากรที่ศึกษาโดยบุคลากรที่มีความเครียดจะเพิ่ม Odd ratio ของการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.6 เท่า (95% CI = 2.63, 8.41) เมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ ($p < .001$)^{4,5}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าจะเน้นที่การบำบัดทางจิตวิทยา โดยจากการศึกษาประสิทธิผลเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า จำนวน 50 งานวิจัย อาสาสมัครรวม 14,665 คนของ Cuijpers พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อได้รับการบำบัดทางจิตวิทยาระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงเหลือเพียง 0.81 เท่า (95% CI: 0.72 - 0.91) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัด โดยร้อยละ 44 ของงานวิจัยนั้นเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน⁶

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาลักษณะของผู้ช่วยพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันที่ชัดเจน ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดการกับภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ช่วยพยาบาล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีคุณภาพ จึงสนใจการใช้ CBT เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ช่วยพยาบาลเพื่อให้ผู้ช่วยพยาบาลจัดการกับความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเอง สามารถทำงานได้โดยปราศจากภาวะซึมเศร้า ลดอุบัติเหตุและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าที่เกิดจากงานได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

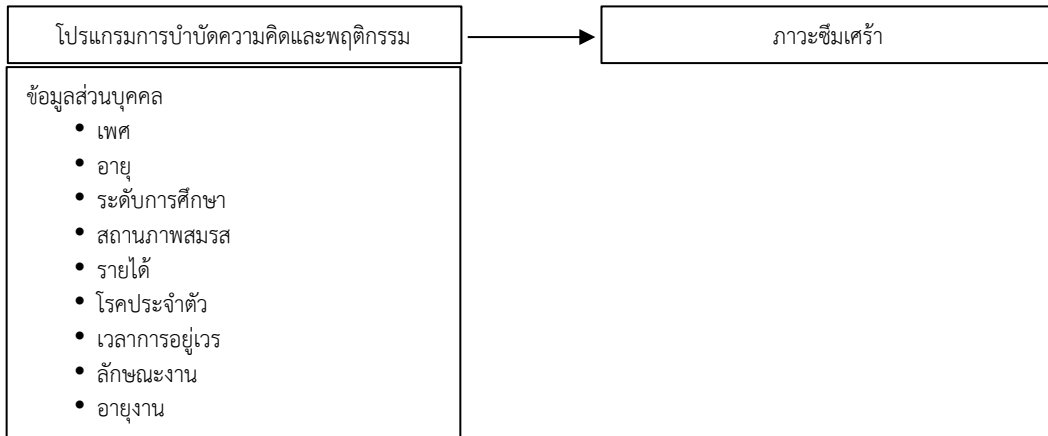
1. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ช่วยพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4

สมมติฐานการวิจัย

ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

Aaron T Beck จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้เสนอแนวคิดภาวะซึมเศร้านั้น เป็นผลจากความคิดที่ไม่สามารถควบคุมได้ เกิดเป็นทฤษฎีที่เรียกว่า Cognitive triad of depression ได้แก่ ความคิดลบต่อตนเอง โลก และอนาคต⁸ และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางสังคม รวมถึงการจ้างงาน และความเครียด⁷ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)⁸ ที่อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดร่วมกับการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการพรรณาลักษณะของประชากร และมีการประเมินระดับของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) ฉบับภาษาไทย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ช่วยพยาบาล



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จากการศึกษา นำร่องผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมดโดยใช้แบบสอบถาม ด้วยเครื่องมือ DASS-21 พบว่า ผู้ที่มีระดับคะแนน ในส่วนของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 5 ขึ้นไป (มีอาการของ ภาวะซึมเศร้า) มีจำนวน 29 คน เมื่อคำนวณขนาด ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนด ค่าแอลฟา (α) 0.05 ใช้ค่า Power ($1-\beta$) เป็น 0.8 และ Effect size จากการทบทวนวรรณกรรม คือ 0.6⁹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ผู้วิจัยได้มีการเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 เพื่อป้องกันการสูญหายของ กลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากประชากรผู้ที่มีระดับ ภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป เข้าร่วมการวิจัย จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครบตามที่ กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา

(Inclusion criteria) ได้แก่ มีสัญชาติไทย อายุระหว่าง 25 - 60 ปี เป็นบุคคลที่ร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรค ทางจิตเวชที่วินิจฉัยโดยแพทย์ และไม่มีการใช้ยา ทางจิตเวชที่จ่ายโดยแพทย์ มีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 1 ปี ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมและโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพจิต และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ขณะที่เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช หรือมี การใช้ยาทางจิตเวชหลังจากเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วม กิจกรรมไม่ครบตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ตอบแบบ สอบถามไม่ครบหรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ตามที่ กำหนดไว้ ลาออกจากงานในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย และขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัย ออกแบบโดยประยุกต์จากวิธีการและรูปแบบโปรแกรม ของ Kuribayashi และคณะ¹⁰ ที่ใช้หลักการของการ บำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Internet-based cognitive behavioral therapy) ในการลดระดับภาวะซึมเศร้าสำหรับพยาบาลใน



ประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1: ชุดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นสื่อการสอนวิดีโอความยาว 10 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม การทำความเข้าใจด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ส่วนที่ 2: แบบบันทึกภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง (Self-formulation) และแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ เป็นแบบบันทึกที่ใช้หลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันในแต่ละสัปดาห์ของการทำวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google forms แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด รวมจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะงาน รายได้ เวลาการอยู่เวร (จำนวนเวรต่อเดือน) และอายุงาน

2.2 แบบประเมิน Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) เป็นแบบวัดที่สร้างโดย Lovibond & Lovibond¹¹ ฉบับภาษาไทย พัฒนาและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย Oei และคณะ¹² ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 21 ข้อ ใช้สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด การประเมินภาวะซึมเศร้าจะพิจารณาจากคำถามในแบบทดสอบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17 และ 21 ในแต่ละข้อจะใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ จากนั้นนำผลรวมคะแนนของทั้ง 7 ข้อมารวมกัน หากได้คะแนนระหว่าง 0 - 4 จัดอยู่ในระดับปกติ คะแนน 5 - 6 จัดอยู่ในระดับต่ำ (Mild) คะแนน 7 - 10 จัดอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) คะแนน 11 - 13 จัดอยู่ใน

ระดับรุนแรง (Severe) และคะแนน ≥ 14 ขึ้นไปจัดอยู่ในระดับรุนแรงที่สุด (Extremely severe)¹³

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบทดสอบที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบบันทึกการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruences Index: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรทั้งหมด พบว่า มีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อทั้งสองแบบทดสอบ นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในภาพรวมสำหรับแบบสอบถาม DASS-21 เท่ากับ 0.90 ขณะที่ภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.72¹⁴

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเข้าไปสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปอธิบายโครงการวิจัยแก่ผู้ที่สนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมถึงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 เดือน (มีนาคม 2567) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมจะเป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน DASS-21 เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้า

- ระหว่างดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจะส่งลิงก์วิดีโอให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าไปรับชมวิดีโอทุกวันจันทร์ในแต่ละสัปดาห์ เนื้อหาประมาณ 10 นาที หลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับมอบหมายให้ทำการบ้านและมีกำหนดส่งภายในวันอาทิตย์ของแต่ละสัปดาห์ ใน Google forms โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงการป้องกันด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และทำแบบบันทึกภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวันหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และฝึกทักษะในการทำสมาธิตนเอง ทำแบบบันทึกความคิดอัตโนมัติและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และแบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน DASS-21 เพื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive reconstructing) และทำแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3

- หลังดำเนินกิจกรรมจะมีการเก็บข้อมูลระดับของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน DASS-21 ครั้งสุดท้าย (สัปดาห์ที่ 4)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารเลขที่ IRB3-002/2567 เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2567 และโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี เอกสารเลขที่ COE No.001/2567 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2567 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วม

วิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการนำเสนอข้อมูลของงานวิจัยเป็นการนำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนและสร้างผลกระทบต่อการทำงานของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยที่ผู้วิจัยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อน-หลังเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.3 อายุเฉลี่ย 36.15 ปี (± 11.34) และอายุงานเฉลี่ย 11.26 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.2 ระดับการศึกษา จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.1 ขณะที่อนุปริญญาและปริญญาตรีมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 25.9 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 55.6 รองลงมา คือ สมรส ร้อยละ 33.3 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63 ลักษณะงานเป็นการทำงานสลับกะ ร้อยละ 85.2 และทำงานประจำเฉพาะกะเช้าเพียง ร้อยละ 14.8 มีจำนวนเวรต่อเดือนเฉลี่ย 23 เวร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 27)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	26	96.3
ชาย	1	3.7
อายุ (ปี)		
21 - 30	11	40.7
31 - 40	6	22.2
41 - 50	7	25.9
51 - 60	3	11.2
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	36.15 $\pm$ 11.34	



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 27) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุงาน (ปี)		
1 - 10	18	66.7
11 - 20	2	7.4
21 - 30	4	14.8
31 - 40	3	11.1
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.26 $\pm$ 11.98	
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	48.2
อนุปริญญา	7	25.9
ปริญญาตรี	7	25.9
สถานภาพสมรส		
สมรส	9	33.3
โสด	15	55.6
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	3	11.1
รายได้		
เพียงพอ	10	37.0
ไม่เพียงพอ	17	63.0
ลักษณะงาน		
ทำงานสลับกะ	23	85.2
ทำงานประจำเฉพาะกะเช้า	4	14.8
จำนวนเวรต่อเดือน		
≤ 10 เวร	1	3.7
11 - 20 เวร	11	40.7
21 - 30 เวร	13	48.1
> 30 เวร	2	7.5
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23 $\pm$ 5.67	
โรคประจำตัว		
ไม่มี	23	85.2
มี	4	14.8

ระดับของภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ลำดับที่หนึ่ง รู้สึกว่าจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 1.22 คะแนน ลำดับที่สอง รู้สึกยากในการคิดริเริ่มสิ่งใหม่ และไม่รู้สึกระทือหรือร้อนต่อสิ่งใด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.19 คะแนน ลำดับถัดมา รู้สึกไม่ดีขึ้นเลยหลังจากที่ได้พักผ่อนในระหว่างวัน มีคะแนนเฉลี่ย 1.15 คะแนน รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย มีคะแนนเฉลี่ย 1.04 คะแนน รู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 คะแนน และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย มีคะแนนเฉลี่ย 0.93 คะแนน เป็นลำดับสุดท้าย

ระดับภาวะซึมเศร้าและค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า 7.70 ± 2.92 ค่าต่ำสุด 5 คะแนน และสูงสุด 18 คะแนน แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงโดยมีจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าจากร้อยละ 100 ลดลงเหลือร้อยละ 22.2 มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 ± 3.57 ค่าต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 16 คะแนน เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า จำนวนผู้ที่ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ แต่พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าลดลงเหลือเพียง 2.93 ± 2.11 ค่าต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 7 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ($n = 27$)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2		หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	-	-	21	77.8	21	77.8
ต่ำ	12	44.4	3	11.1	3	11.1
ปานกลาง	11	40.7	1	3.7	3	11.1
รุนแรง	3	11.1	1	3.7	0	0
รุนแรงที่สุด	1	3.7	1	3.7	0	0
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.70 ± 2.92		3.41 ± 3.57		2.93 ± 2.11	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	5 - 18		0 - 16		0 - 7	

ผลการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้ามั่กกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ($n = 27$)

	จำนวน	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2				-3.443	0.001
Negative Ranks	24	12.94	310.50		
Positive Ranks	2	20.25	40.50		
Ties	1				
ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4				-4.298	< 0.001
Negative Ranks	24	12.50	300.00		
Positive Ranks	0	0.00	0.00		
Ties	3				



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 (n = 27) (ต่อ)

	จำนวน	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4				0.383	0.702
Negative Ranks	9	10.56	95.00		
Positive Ranks	11	10.45	115.00		
Ties	7				

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่มีลักษณะงานเป็นการทำงานสลับกะ และมีจำนวนเวรเฉลี่ย 23 ครั้งต่อเดือนภาระงานค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาภาวะและปัญหาด้านสุขภาพจิตของสมาพันธ์พยาบาลแห่งเมืองนิวยอร์ก พบว่า สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากการทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 54.6 การไม่มีเวลาพักผ่อนนอกเวลางานที่เพียงพอ ร้อยละ 46 การไม่มีเวลาพักผ่อนระหว่างกะการทำงานที่เพียงพอ ร้อยละ 84.35⁴ ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดในการทำงาน และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ช่วยพยาบาล พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลที่มีความเครียดจะเพิ่ม Odd ratio ของการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.6 เท่า (95% CI = 2.63, 8.41) เมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ ($p < .001$)⁴ นอกจากนี้ลักษณะงานที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้วปัจจัยนอกงาน ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรสก็อาจเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดนอกงานและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน⁸

ผลการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุอาจเป็นเพราะในช่วงสองสัปดาห์แรกของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกฝนการทำความเข้าใจตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่สามารถมองเห็นภาพรวมและรู้ทันความคิดของ

ตนเองก็จะพยายามหลีกเลี่ยงหรือหาวิธีแก้ปัญหา ก่อนที่จะถึงโปรแกรมในสัปดาห์ถัดไป ทำให้ระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ถึงแม้จำนวนของคนที่ไม่มีความซึมเศร้าจะเท่าเดิมเมื่อเทียบกับหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรง และรุนแรงที่สุด 2 คน มีระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง เพราะการจัดโปรแกรมในสัปดาห์สุดท้าย คือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติเป็นการให้แนวทางในการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ที่มีอาการรุนแรงสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cuijpers และคณะ ที่พบว่า โปรแกรม CBT สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดระดับภาวะซึมเศร้าได้⁶

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อผ่านโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 จะสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างหลายคนจะเริ่มเข้าใจสาเหตุภาวะซึมเศร้าของตนจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นเพื่ออย่าบังคับให้มีความคิดเชิงลบหรือสามารถระลึกว่าความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในสมองนั้นเป็นสิ่งที่จริงที่ร่างกายปรุงแต่งขึ้นมาทำให้สามารถลดภาวะซึมเศร้ามลงได้ก่อนสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านการดูวิดีโอออนไลน์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการบ้านหลังบทเรียนที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวดังนั้นผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้อาจต้องพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยี รวมทั้งความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาบทเรียน โดยควมมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression). [Internet]. [cited 2022 August 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. The Nursing Council of Thailand. Nursing workforce policy. [cited 2023 September 1]. Available from: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf). (in Thai).
3. Rogers C. What licensed practical nurses answered, when asked: I've been here for you but... I'm wearing out too! [Internet]. New Brunswick: New Brunswick Nurse Union; 2022 [cited 2022 August 28]. Available from: <https://nbnu.ca/wp-content/uploads/2022/09/P09-22077-Please-Help-Us-Report-E.pdf>.
4. Serrano J, Hassamal S, Hassamal S, Dong F, Neeki M. Depression and anxiety prevalence in nursing staff during the COVID-19 pandemic. Nurs Manage 2021;52(6):24-32.
5. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry 2016;15(3):245-58.
6. Cuijpers P, Pineda BS, Quero S, Karyotaki E, Struijs SY, Figueroa CA, et al. Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev 2021;83:101955.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Nattathorn P, editor. Basic skills in CBT. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2024. (in Thai).
9. Nordahl-Hansen A, Cogo-Moreira H, Panjeh S, Quintana DS. Redefining effect size interpretations for psychotherapy RCTs in depression. J Psychiatr Res 2024;169:38-41.
10. Kuribayashi K, Imamura K, Watanabe K, Miyamoto Y, Takano A, Sawada U, et al. Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) intervention on improving

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม
2. ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มประกอบวิชาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

- depressive symptoms and work-related outcomes among nurses in Japan: a protocol for a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2019;19(1):2221.
11. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
 12. Oei TPS, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol 2013;48(6):1018-29.
 13. Cumental Health. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). [Internet]. [cited 2023 Sep 1]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909324>.
 14. Phongam P, Lormphongs S. The effectiveness of online mindfulness-based brief intervention program on stress and burnout among registered nurses in a hospital, Chonburi province. J Ment Health Thai 2022;30(4):276-85. (in Thai).