

รายงานการวิจัย

**ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม
แบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่***
**The Effectiveness of Implementing a Cognitive Behavioral
Therapy Multi-Channel Program among Persons with
Depression Receiving Services at Bantalad Thambon
Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province ***

ธนกร แสงสุริยาภาส, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Tanaporn Sangsuriyakart, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ทรรษา เศรษฐชลปพา, ปร.ด. (การพยาบาล) ²

ภัทราภรณ์ ภทรสกล, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing) ²Patraporn Pattarasakul, Ph.D. (Nursing) ³

Received: March 17, 2025

Revised: May 27, 2025

Accepted: June 6, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มา รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Independent Study of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing,
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Tanapornsang79@gmail.com

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Co-advisor

และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อการได้รับโปรแกรม และแบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังได้รับโปรแกรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 90 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100 2) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด และ 3) บุคลากรทีมสุขภาพทั้งหมดเห็นด้วยกับการใช้โปรแกรม ทั้งเรื่องความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

จากการวิจัยครั้งนี้ขอเสนอแนะว่า บุคลากรทีมสุขภาพควรนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม

Abstract

This operational research aimed to study the effectiveness of implementing a Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program among persons with depression. The participants consisted of 20 persons with depression receiving services at Bantalad Thambon Health Promoting Hospital, San Kamphaeng District, Chiang Mai Province, and five professional nurses. The research instruments included a Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program, the Thai version of the 9-question Depression Assessment Form (Thai PHQ-9) with a reliability of .83, a personal data of person with depression record form, a personal data of professional nurse record form, a patient satisfaction after program implementation questionnaire, and a healthcare worker opinion on program implementation assessment form. The implementation and data collection were conducted from May to July 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that 1) after receiving the program, 90% of persons with depression reported a decrease in their depression score from mild to moderate depression to no depression, and after receiving the program for two weeks, all of them reported no depression; 2) persons with depression had satisfaction after program implementation at the high to the highest level; and 3) all healthcare workers agreed that the program benefited patient care, could be combined with prior knowledge of patient care, easy to implement, provided clearly visible results, and had a concrete implementation process.

This research suggests that healthcare workers should adopt this Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program for the care of persons with depression. This will help reduce depression among those who are living with depression.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy Multi-Channel Program, Persons with depression, Effectiveness of implementing a program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักได้รับผลกระทบอย่างมากจากอาการของโรค ส่งผลให้การทำหน้าที่ไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือในครอบครัว และที่อันตรายมากที่สุด คือ ความคิดทำร้ายตนเอง โดยพบว่ามี ผู้เสียชีวิตในแต่ละปีกว่า 700,000 คน จากการพยายามฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านานกว่า 1 เดือน และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง และเสียชีวิตมากกว่า 4 คนต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งเป้าหมายของประเทศไทย คือ อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 คนต่อประชากรแสนคน (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2553) ทั้งนี้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป หากได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยเร็วตั้งแต่ต้น ก็จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

การรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี เช่น การทำ

จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) ซึ่งการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าได้ผลดี ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยควรทำการบำบัดจำนวน 9-12 ครั้งขึ้นไป (Beck & Alford, 2009) อย่างไรก็ตาม การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในบริบทสังคมไทยยังพบปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดไม่ครบจำนวนครั้ง โดยหยุดรับการบำบัดก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 จึงมีการคิดค้นวิธีการบำบัดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยดราวรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ (2556) ได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ที่ประกอบด้วย การบำบัดที่สถานบริการ จำนวน 4 ครั้ง การบำบัดทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง และการบำบัดที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง โดยโปรแกรมเน้นให้ผู้รับการบำบัดได้รับการบำบัดครบจำนวนครั้ง และมีความสะดวกสบายในการรับการบำบัด อีกทั้งยัง

ทำให้ผู้บาดเจ็บสามารถจัดสรรเวลาในการบำบัดตามพื้นที่
ได้ดี เมื่อนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับ
เล็กน้อยถึงปานกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัด
สุรินทร์ จำนวน 36 คน พบว่าช่วยลดอาการของภาวะ
ซึมเศร้าได้ และผู้รับบริการเข้ารับการบำบัดได้ครบทั้ง
9 ครั้ง อีกทั้งมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและ
สภาพปัญหาของผู้ที่มีการะงับซึมเศร้า

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวช
ระดับตติยภูมิ ดูแลแบบระบบเครือข่าย โดยการดูแล
ผ่านโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่าย จำนวน 19 แห่ง
โดยมีการดูแล ติดตาม ประเมินผล และให้คำปรึกษา
การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชอย่างน้อยเดือนละ
1 ครั้ง มีระบบการนิเทศ จัดอบรมให้ความรู้ในการบำบัด
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบเชิงรุกแก่บุคลากรทีมสุขภาพ
ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเครือข่าย มีการรับส่งต่อ
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่ต้องรับการบำบัดแบบ
ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง มีการติดตามผลการดูแล
รักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
มีระบบจัดส่งทีมแพทย์และทีมสหวิชาชีพในระบบที่เลี้ยง
ในการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลเครือข่าย
และมีการจัดระบบนัดผู้ป่วยเพื่อให้บริการทุก 1 ถึง
3 เดือน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) จากสถิติพบว่า
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่
โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
ของอำเภอสนักำแพงมากที่สุด โดยในช่วงเดือนพฤษภาคม
ถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2563 พบจำนวน 33 คน
ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดมากที่สุด คือ 8 คน
คิดเป็นร้อยละ 24.24 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563)
สำหรับการดูแลผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง
ปานกลางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด
นั้น มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น การบำบัดด้วย
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัด
แบบประคับประคอง เป็นต้น โดยให้ผู้ที่มีการะงับซึมเศร้า
มารับการบำบัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านตลาด แต่พบว่าผู้ที่มีการะงับซึมเศร้ามารับการบำบัด
ไม่ครบจำนวนครั้ง เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย
และการเดินทาง ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับ
การแก้ไขที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน
ระดับที่รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าที่ต้องเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสนักำแพง จังหวัด
เชียงใหม่, 2563)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลสวนปรุง จึงเห็นความสำคัญของการเพิ่ม
สมรรถนะของบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านตลาดซึ่งเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของ
โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อช่วยส่งเสริม ป้องกันการเกิด
ภาวะซึมเศร้าที่มีระดับรุนแรงขึ้นจนพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า
ในที่สุด โดยนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม
แบบหลายช่องทาง ของดาร์วาร์ธ ดัชนีตา และคณะ
(2556) มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในหน่วยงานดังกล่าว เนื่องจาก
โปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์
ปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยพิจารณาตามหลัก
เกณฑ์กรอบของ PICO ในการคัดเลือกหลักฐานเชิง
ประจักษ์ ได้แก่ ด้านกลุ่มประชากร (population) คือ
ทำในผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่ง
เป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ด้านโปรแกรม (intervention)
คือ เป็นโปรแกรมที่มีเป้าหมายในการลดภาวะซึมเศร้า
เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้าต่อไป ซึ่งตรงกับ
ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีการะงับซึมเศร้าระดับ
เล็กน้อยถึงปานกลาง ด้านการเปรียบเทียบ (comparison)
คือ มีการเปรียบเทียบวัดผลที่ได้ในระยะก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรม และด้านผลลัพธ์ (outcome) คือ ภาวะ
ซึมเศร้า นอกจากนี้ โปรแกรมนี้ยังมีความเป็นไปได้ใน
การนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง (feasibility) โดยการบำบัด
ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ครั้ง ผ่านการให้บริการ 3 ช่องทาง
ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ ในกิจกรรมครั้งที่ 1-3
และครั้งที่ 6 การบำบัดทางโทรศัพท์ ในกิจกรรมครั้งที่
4 และ 5 และการบำบัดที่บ้าน ในกิจกรรมครั้งที่ 7-9

ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด ที่มีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและประเมินปัจจัยสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนอยู่แล้ว อีกทั้งยังมีความเหมาะสมในการนำโปรแกรมมาใช้ในการชุมชน (appropriateness) โดยมีการทดสอบผลของโปรแกรมแล้วที่โรงพยาบาลศรีสัชกาลย์ ที่มีบริบทเป็นชุมชน และในผู้ป่วยชาวไทยเหมือนกัน ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดี และมีคุณค่า (meaningfulness) คือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน และมีการประเมินความพึงพอใจทั้งของผู้ได้รับโปรแกรมและผู้ให้บริการ โดยไม่มีการถอนตัวออกก่อนจบโปรแกรม และโปรแกรมมีประสิทธิภาพ (effectiveness) คือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้จริง หากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพที่ดีในการลดภาวะซึมเศร้า และสามารถแก้ปัญหาเรื่องข้อจำกัดของการมารับการบำบัดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความมั่นใจในการนำโปรแกรมมาใช้ในการงานประจำ หรือสร้างเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และยังเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้สามารถนำไปใช้ในการให้การดูแลแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีระดับรุนแรงหรือโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับโปรแกรมการปรับ

ความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง

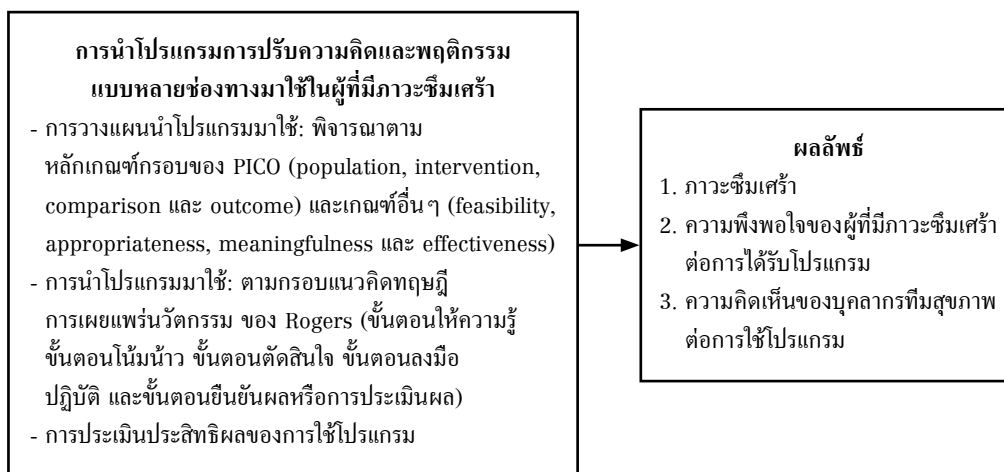
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของदारारररररररररररररररररररर (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และการค้นหาแนวทางแก้ปัญหาตามความเป็นจริง ผ่านช่องทางการบำบัด 3 ช่องทาง ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ การบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดครบตามจำนวนครั้งของโปรแกรมทั้งสิ้น 9 ครั้ง โดยนำมาใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ Rogers (2003 as cited in Burns & Grove, 2005) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนให้ความรู้ ขั้นตอนโน้มน้าว ขั้นตอนตัดสินใจ ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนยืนยันผลหรือการประเมินผล ทั้งนี้ การบำบัดด้วยโปรแกรมนี้เป็นการให้บริการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีข้อจำกัดในการบำบัดที่สถานบริการมีช่องทางการบำบัดทางโทรศัพท์และการบำบัดที่บ้านเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมในการบำบัดดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความต่อเนื่อง ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการติดตามผลจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลให้มีความชัดเจน และสะดวกต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ปรับอารมณ์และพฤติกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทำให้มีศักยภาพในการเยียวยาตนเอง และจัดการกับปัญหา

ด้วยตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้มีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรม และบุคลากรที่มสุขภาพได้เห็นถึงประโยชน์จากการใช้โปรแกรม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้

ในการปฏิบัติงานประจำต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการ เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18-59 ปี 2) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) 3) สื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์และสามารถพูดคุยกับผู้บำบัดทางโทรศัพท์ได้ และยินดีให้ไปเยี่ยมบ้าน 5) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้าหรือการบำบัดด้วยวิธีอื่น และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรม

ไม่ครบตามแผนการวิจัย 2) มีอาการทางจิตเกิดขึ้น และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจากสถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 มีจำนวน 20 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่, 2563) จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ในช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2564 และกลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในและแผนกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนปรุง แผนกละ 1 คน รวมจำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามโปรแกรมการปรับความคิด

และพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมของดาร์วอร์น ต๊ะปินตา และคณะ (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และการค้นหาแนวทางแก้ปัญหาตามความเป็นจริง โดยเป็นการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ผ่านช่องทางการบำบัด 3 ช่องทาง ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ การบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม 9 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ

ครั้งที่ 3 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการทบทวนเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบว่าหลังจากการตรวจสอบแล้วเป็นจริงหรือไม่ และพูดถึงวิธีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิด

ครั้งที่ 4-5 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที เป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และให้คำแนะนำการฝึกควบคุมลมหายใจในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 6 เป็นการบำบัดที่สถานบริการ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปในประเด็นการแก้ปัญหาตามเป้าหมาย และการนำไป

ใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 7 เป็นการบำบัดที่บ้าน ซึ่งการบำบัดครั้งนี้ห่างจากครั้งที่ 6 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 30-90 นาที เพื่อสอบถามอาการของภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 8 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการบำบัด ซึ่งการบำบัดครั้งนี้ห่างจากครั้งที่ 7 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 30-90 นาที เพื่อสอบถามการใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย

ครั้งที่ 9 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการบำบัด ซึ่งการบำบัดครั้งนี้ห่างจากครั้งที่ 8 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 30-90 นาที เป็นการติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มาโนช หล่อตระกูล, สุจิตา สัมฤทธิ์, และรัตนดา สายพานิชย์ แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบเครื่องมือ (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวันไม่บ่อย มีค่อนข้างบ่อย และมีเกือบทุกวัน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีก็เพียงเล็กน้อย (0-4 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5-8 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (9-14 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก (15-19 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (20-27 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

และประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (Thai PHQ-9) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการช่วยเหลือโดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ของดาร์วอร์ธ ตีปินตา, สมบัติ สกุลพรรณ, และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2557) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประโยชน์ของโปรแกรม ความพึงพอใจต่อตัวพยาบาล เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการบำบัด ความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม และภาพรวมในการบำบัด จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ชุดที่ 5 แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการให้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพตามแนวคิดหลักของ Roger (2003 as cited in Burns & Grove, 2005) เกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรม ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทรภรณ์ พงษ์นาคำ และชัชพร จันทรศิริ (ชัชพร จันทรศิริ, 2553)

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 009/2021 วันที่ 25 มกราคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดช้างแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน) และนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 2 วัน โดยเรียนเชิญวิทยากร (รศ. ดร.สมบัติ สกุลพรรณ) ซึ่งเป็นทีมคณะกรรมการในการจัดทำเครื่องมือการบำบัดนี้

ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง การอธิบายขั้นตอนการใช้โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ (ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมและขั้นตอนการบำบัด

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละคน โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 9 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที ผ่านช่องทางการบำบัด 3 ช่องทาง ได้แก่ การบำบัดที่สถานบริการ การบำบัดทางโทรศัพท์ และการบำบัดที่บ้าน โดยในสัปดาห์ที่ 1-3 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-6 (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ในสัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 8 (มีการประเมินภาวะซึมเศร้าระยะหลังได้รับโปรแกรม) และในสัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 9 (มีการประเมินภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 2 สัปดาห์)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม และข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.60 ปี ($SD = 3.80$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 65 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และทั้งหมดไม่มีประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี ($SD = 10.40$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 100 มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในช่วง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 6.40 ปี ($SD = 7.70$)

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง พบว่า ระยะหลังได้รับโปรแกรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 90 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (n = 20)

ช่วงเวลา	ระดับภาวะซึมเศร้า					
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		ระดับเล็กน้อย		ระดับปานกลาง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะก่อนได้รับโปรแกรม	-	-	15	75.00	5	25.00
ระยะหลังได้รับโปรแกรม	18	90.00	2	10.00	-	-
ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์	20	100.00	-	-	-	-

4. ความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจเรื่องประโยชน์ของโปรแกรมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 มีความพึงพอใจต่อตัวพยาบาลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 มีความพึงพอใจเรื่องเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีความพึงพอใจเรื่องเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการบำบัดในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีความพึงพอใจเรื่องความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 และมีความพึงพอใจต่อภาพรวมในการบำบัดในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65

5. ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพ (พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการ) ทั้งหมดเห็นด้วยกับการประเมินทุกข้อ ได้แก่ ความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90) และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) ทั้งนี้ขอขยายได้ว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหานั้นให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์จริงและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสรีรวิทยา ที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยมีผลลัพธ์ที่ยืนยันได้ว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิตาภา ทัพพรัก (2559) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 95.20 และในระยะติดตามผล ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความ

พึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในระดับมากถึงมากที่สุด โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “พอได้เข้าโปรแกรมทำให้รู้สึกว่าเป็นปัญหาที่เจอจริงๆ แล้วเราสามารถที่จะแก้ใจมันได้เอง แค่เปลี่ยนวิธีคิด มองปัญหาด้วยมุมใหม่ ก็จะแก้ปัญหาเองได้ไม่ยาก รู้สึกดีมากที่มีพยาบาลให้คำแนะนำ พูดคุยด้วยถึงวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ๆ วิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้า คอยดูแลใกล้ชิดคอยติดตามอาการสม่ำเสมอ รู้สึกอุ่นใจ และคิดว่าจะนำเทคนิคที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป” จะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดว่า การได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางมีประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจ ได้รับการติดตามดูแล และได้รับกำลังใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ รู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความมั่นใจ มีกำลังใจในการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีมากขึ้น จนทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงหรือไม่มีความซึมเศร้า และสามารถจัดการกับความคิด การปรับอารมณ์ การปรับพฤติกรรมนำไปสู่การหาแนวทางการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพภาวรรณ คำโท (2559) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด และส่วนใหญ่สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาบรรเทาจิตใจได้ค่อนข้างดี

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางโดยทั้งหมดเห็นด้วยกับการประเมินทุกข้อ ได้แก่ ความมีประโยชน์ การประยุกต์ใช้กับความรู้เดิม ความสะดวกในการนำไปใช้ การเห็นผลลัพธ์ชัดเจน และการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “รู้สึกดีที่มีการอบรมการใช้โปรแกรมนี้และได้นำโปรแกรมมาทดลองใช้จริง เพราะ

จะมีประโยชน์ในการนำไปบำบัดคนที่มีความซึมเศร้ารายอื่นๆ ได้อีก” ในส่วนความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการนำมาประยุกต์ใช้กับความรู้เดิมพบว่า ทั้งหมดเห็นด้วยที่จะนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางมาปรับใช้ร่วมกับการให้การบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดไชยอยู่เดิม และเห็นว่าควรมีตัวอย่างของรูปประโยคคำถามที่มากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางเพิ่มเติมในการบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางมาใช้ในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีหลังได้รับการอบรมโปรแกรมจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ทำให้มีความเข้าใจและมีความมั่นใจในการใช้โปรแกรมในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพภาวรรณ คำโท (2559) ที่พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีความคิดเห็นด้านประโยชน์และคิดว่ามีความเหมาะสมในการนำโปรแกรมมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรรับการอบรมการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง และนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาจปรับเวลาการบำบัดแต่ละครั้งไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้รับการบำบัดไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเกินไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางกระบวนการของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน

2.2 ควรมีการศึกษาร่วมกับเปรียบเทียบประสิทธิผล

ของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าระหว่าง
ผู้ป่วยเพศหญิงกับเพศชาย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2565*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

จิตภา ทัพพ์เศรษฐ. (2559). *ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า โรงพยาบาล
ตรอน จังหวัดอุดรดิติ* (การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ชัยพร จันทรศิริ. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการฝึกการอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการ
ปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง
จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดราวรรณ ต๊ะปิตา, สมบัติ สกุลพรรณ, และพันธุณา
กิตติรัตนไพบูลย์. (2557). *ประสิทธิผลของ
โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิด
และพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า
ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
ภาคเหนือ* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดราวรรณ ต๊ะปิตา, สุพิศ กุลชัย, สมบัติ สกุลพรรณ,
กรณิกัร ศรีมงคลธาราร, สุชาพร บุญยศิริวงศ์,
และผกาทิพย์ สุขจิตร. (2556). *ผลของโปรแกรม
การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง
ต่อการลดภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 1–15.

ทิพภาวรรณ คำโท. (2559). *ประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ
หลายช่องทางในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า โรงพยาบาล
สอด จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาด อำเภ
สันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. (2563). *รายงานผล
ประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านตลาด อำเภสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
ประจำปีงบประมาณ 2563*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). *รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช
ประจำปี 2560–2563*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, ธรณินทร์
กองสุข, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, สุรพันธ์
ปราบกัร, และพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์. (2553). *การ
จัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทาง
การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression:
Causes and treatment*. Philadelphia, PA:
University of Pennsylvania Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and
beyond*. New York: The Guilford Press.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice
of nursing research: Conduct, critique,
and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO:
Elsevier Saunders.

Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R.
(2008). Reliability and validity of the Thai
version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*,
8, 46. doi:10.1186/1471-244X-8-46

World Health Organization. (2021). *Depression*.
Retrieved from [https://www.who.int/
news-room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression)