

ผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

The effects of a cognitive behavioral modification program
on patients with depression at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 17,2026 ; Accepted: August 19,2026)

วนิดา บมสรน้อย¹Wanida Bomsanoi¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre-posttest design) ดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ถึงเดือนสิงหาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้สถิติ pair t -test

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 66.67 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100 ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความพึงพอใจในการรับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม โรคซึมเศร้า

Abstract

This study aimed to investigate the effects of a cognitive-behavior modification program and to examine the satisfaction of nurses and patients with the program. This research was quasi experimental research design using a one-group pre-posttest design, conducted from February 2026 to August 2026. The sample consisted of 30 patients with depression. Data were collected by questionnaire on healthcare team members' opinions regarding the program. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using the paired t-test.

The results showed that before participating in the cognitive-behavior modification program, 66.67% and mild depression, 33.33% had moderate depression. After participating in the cognitive-behavior modification program, 100% showed no depression. Depression levels before and after the use of the cognitive-behavior modification program in patients with depression were also analyzed. There was a statistically significant difference ($p = 0.00$) in nurses' satisfaction with the program, which was at the highest level. Satisfaction with the cognitive-behavior modification program for depressed patients and satisfaction with services were also at the highest level.

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์ และสุขภาพกายของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 4 ของประชากรทั้งหมด ที่กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้า โดยคิดเป็นประมาณ 280 ล้านคน และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด นอกจากนี้ โรคซึมเศร่ายังเป็น สาเหตุสำคัญอันดับต้น ๆ ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ (Years Lived with Disability: YLDs) และเป็นหนึ่งในโรคที่สร้างภาระโรค (Burden of Disease) สูงที่สุดของโลก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย ซึ่งในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คน ทั่วโลก โดยโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตดังกล่าว¹ ข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งอ้างอิงข้อมูลกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 399,645 คน หรือประมาณ 605 คนต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 359,737 คน ในปี พ.ศ. 2565 และ 353,267 คน ในปี พ.ศ. 2564 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{2,3} จากข้อมูลรายงานของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการที่ พ.ศ. 2566 -2568 จำนวน 282, 872 และ 1,306 คน ตามลำดับ มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย โดยไม่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า มีจำนวน 2, 20 และ 21 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ในปี 2568⁴ โรงพยาบาลบรบือ

จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาและการติดตามอาการตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการซึมเศร้า ความคิดเชิงลบ หรือมีปัญหาในการปรับตัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังอาจส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มภาระในการดูแลรักษา ดังนั้น การนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาตามปกติ จึงอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ภายหลังการใช้โปรแกรม การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ดังนี้

1.1 เพื่อศึกษาความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดและพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre –

posttest design) เป็นผู้ป่วยมารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 30 คน การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 ดำเนินการตามขั้นตอนการเผยแพร่ข่าวสารของโรเจอร์⁵ มี 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) และ 5) ระยะยืนยันผล หรือ การ ประเมิน ประสิทธิภาพ (confirmation stage) ตัดสินใจที่จะใช้หรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ดังนี้

ระยะที่ 1-3 ขั้นเตรียมการ

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) ผู้ศึกษาทำความเข้าใจโปรแกรมการปรับความคิดและ พฤติกรรมในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับความคิดและ พฤติกรรมจากผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสวนปรุง จากนั้นนำความรู้ที่ได้รับมานำเสนอ พร้อมทั้งจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แก่บุคลากรทีมสุขภาพก่อน นำไปใช้ โดยการ จัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับสาระสำคัญของโปรแกรมแก่บุคลากรทีมสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน นำข้อมูลและสถิติผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลบรบือ 3 ปีย้อนหลังและสถิติการเข้ารับการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงผลของการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจากที่ ผู้ศึกษาได้ไปศึกษาค้นคว้ามาให้กับบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลบรบือ ให้มีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบของการบำบัด

2. ระยะโน้มน้าว (Persuasion stage) ผู้ศึกษาได้ทำการชี้แจงและโน้มน้าวให้บุคลากรทีม

สุขภาพเกิดทัศนคติที่ดี เห็นคุณประโยชน์ของการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าว่าสามารถนำมาผสมผสานเข้าได้กับกิจกรรม การพยาบาลเดิมซึ่งสามารถนำไปใช้ สังเกตได้ และไม่มี ความซับซ้อนส่งเสริมให้เกิดการยอมรับได้อย่างรวดเร็วบุคลากรทีมสุขภาพมีทัศนคติที่ดี

3. ระยะตัดสินใจ (Decision stage) ผู้ศึกษาประชุมร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อพิจารณายอมรับและตัดสินใจใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่ข่าวสารของโรเจอร์⁵ ซึ่งมีคุณลักษณะของโปรแกรม ได้แก่ 1) ข้อดีหรือผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม 2) ความเข้ากันได้ของนวัตกรรมกับสิ่งที่มีอยู่เดิม สามารถนำมาใช้ได้อย่างกลมกลืนกับการปฏิบัติที่ผ่านมา 3) ความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้นวัตกรรม 4) การทดลองนำนวัตกรรมไปปฏิบัติได้จริง และ 5) การสังเกตผลในกระบวนการจากการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมจากการประชุมร่วมกันพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพยอมรับและตัดสินใจนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามาใช้ ซึ่งมีบุคลากรทีมสุขภาพมีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องร่วมกันปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการใช้ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) การนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าไปใช้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาได้จัดประชุมชี้แจงการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรค ให้กับบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมเพื่อให้เข้าใจ และปฏิบัติตามขั้นตอนของ โปรแกรม

โดยได้รับความรู้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม ซึ่งพบว่ามีความเข้าใจถูกต้องตรงกันเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม และผู้ศึกษาจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รายละเอียดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า เอกสารแบบบันทึก สื่อ อุปกรณ์ต่างๆในแต่ละกิจกรรม จัดเตรียมแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม

2. ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการระยะเวลา จำนวนครั้งของกิจกรรมการบำบัด พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ และเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าไปใช้บำบัดผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลบรบือ ในช่วง เดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2569 โดยไม่มีการดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงขั้นตอนในการปฏิบัติ

4. ผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมร่วมกันปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมการปรับ ความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า มีกิจกรรม 7 ครั้ง โดยทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 7 ครั้ง แต่ครั้งใช้ระยะเวลา 60-90 นาที โดยผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้ โปรแกรมได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

5. ประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม อาจทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกิจกรรมที่กำหนด อันเนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าบางรายต้องทำงานและบางรายมี

ปัญหาในการเดินทาง ซึ่งผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม ได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาคาดว่าจะเกิดขึ้น โดยเน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมและ ประสานความร่วมมือขอสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการรับส่งผู้เข้าร่วม โปรแกรมในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทาง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกคน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกิจกรรมที่กำหนด

6. ผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมประเมินผลกิจกรรมทุกครั้งจากการซักถาม การสังเกต การบ้านจากแบบบันทึกอารมณ์การบันทึกของผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม จากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 ครั้ง

7. ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) และสอบถามความคิดเห็นบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของโรเจอร์⁵ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีผลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 7)

ระยะที่ 5 ขึ้นประเมินผลลัพธ์

ระยะยืนยันผลของโรเจอร์ (confirmation stage) เป็นระยะ ประเมิน ประสิทธิภาพของนวัตกรรมโดยวัดจากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยตรง ประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม และตัดสินใจที่จะใช้นวัตกรรมต่อไปหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า ดังนี้ 1) คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค⁶ โดยการเปรียบเทียบจำนวนคนที่ มีภาวะซึมเศร้าลดลง 2) ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิด

และพฤติกรรมในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น ว่ามีความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) ท่านได้รับผลประโยชน์ (relative advantage) จากโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า 2) โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้ามามีความเข้ากันได้กับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ (compatibility) 3) โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าไม่มีความซับซ้อน (complexity) 4) ท่านสามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าไปทดลองได้ (trialability) และ 5) ท่านสามารถสังเกตผลจากการนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม (observability)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือใช้ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นโดย รัชนิ ศรีตะวัน⁷ พัฒนาตามแนวคิดของเบ็ค แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้สถิติ paired t -test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบริบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ เลขที่ 03/2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.70 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.70 และ สถานภาพคู่ จำนวน 15 คน ร้อยละ 50.00

2. ข้อมูลผลของการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 คน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.33 ระดับเล็กน้อย 10 คน ร้อยละ 33.33 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 8 คน ร้อยละ 26.70 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2 คน ร้อยละ 6.70 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 30 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อน		หลัง		ระดับภาวะซึมเศร้า
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
0-9 คะแนน	0	0	30	100	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10-16 คะแนน	20	66.67	0	0	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
17-29 คะแนน	10	33.33	0	0	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความคิดและพฤติกรรม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (n=30)

ประเมินภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	14.80	8.43	10.230	0.00
หลังการใช้โปรแกรม	1.10	16.9		

$P < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็น โรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับมากที่สุด

4. ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้จริงโดยการประเมินเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดทันทีที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วม การศึกษาทั้งหมด 30 คน มีคะแนนภาวะซึมเศรียรดับเล็กน้อย 20 คนและมีคะแนนภาวะซึมเศรียรดับปานกลาง 10 คน หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ รัชนิ ศรีตะวัน⁷ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเบ็ค ดังขั้นตอนการปรับความคิดและพฤติกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (identifying automatic thoughts) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ฝึกในการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นของตนเอง โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การตั้งคำถาม การทำการบ้าน การใช้แบบบันทึกอารมณ์ ในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ทันที

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ (evaluating automatic thoughts) หลังจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รู้ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพียงความคิดเห็นที่อาจจะไม่ถูกต้องและเป็นความจริงทั้งหมด จึงนำไปสู่ขั้นตอนของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น การใช้คำถามในการตรวจสอบความคิดเพื่อตรวจสอบความจริง พิจารณาประโยชน์หรือผลเสียของความคิด ทำให้เกิดความคิดบนพื้นฐานความจริง

3. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (responding automatic thoughts) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคต่างๆในการปรับเปลี่ยนความคิด เช่น การใช้คำถาม การทำการบ้าน และการใช้แบบบันทึกความคิด ผู้ศึกษาอธิบายถึงการปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 1) ทักษะการตรวจสอบความคิดและความอารมณ์ความรู้สึก 2) การใช้คำถามเพื่อหาหลักฐาน 3) การตรวจสอบความคิดที่เปลี่ยนไป 4) ความไม่ล้มเหลว 5) การมองปัญหาในแงุ่มใหม่ และ 6) การวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับ

ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ที่

เป็นโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกความคิดอัตโนมัติในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเอง ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติ จะช่วยให้สามารถแยกแยะปัญหาได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถเลือกใช้ความคิดทางบวกในการแทนที่ความคิดในทางลบ หรือเพิ่มการคิดทางบวก หรือทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล ทำให้มีกำลังใจเกิดขึ้นเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาส่วนบุคคลค่อยๆ ลดลง และส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้^๑

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลบรบือ สามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควบคู่กับการรักษาด้วยยา เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ลดความรุนแรงของอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวเข้ากับระบบบริการสุขภาพจิตในคลินิกจิตเวชและบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหรือโรคเรื้อรัง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรม

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์และอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้โปรแกรม เช่น ความร่วมมือในการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิต เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2567). จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- World Health Organization Thailand. (2025). Mental Health and Social Connection in Thailand.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). เครื่องชี้ภาวะสังคม 2568. อ้างอิงข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลบรบือ. (2568) รายงานของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ.
- พัชรินทร์ พุ่มสุวรรณ. (2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- วรลักษณ์ อินทร์เดช. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- รัชณี ศรีตะวัน. (2552). ประสิทธิภาพการใช้จิตบำบัดกลุ่มในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย. สุโขทัย:โรงพยาบาลสุโขทัย.
- ภิญโญ อิศรพงศ์ , สุณิศา สุขตระกูล, ดารกา แสงสุโข และ พัทธชนก เทียนวิหาร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถ ด้านการกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565;30(1):13-23.