



ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อการลดระดับความวิตกกังวล
และภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี

ภัทรภณ แจ่มมิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อการลดระดับความวิตกกังวล
และภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี



ภัทรภณ แจ่มมิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY INTERVENTION PROGRAM
FOR REDUCING ANXIETY AND DEPRESSION AMONG PRACTICAL NURSES
IN A HOSPITAL, CHONBURI PROVINCE



PATTARAPON JAMMIN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF SCIENCE
IN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ภัทรภณ แจ่มมิน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรียรัตน์ ล้อมพงศ์)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรียรัตน์ ล้อมพงศ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร ภัทรพุทธ)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอียด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

65920044: สาขาวิชา: อาชีวอนามัยและความปลอดภัย; วท.ม. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)
 คำสำคัญ: ความวิตกกังวล/ ภาวะซึมเศร้า/ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม/ ผู้ช่วย
 พยาบาล

ภัทรภณ แจ่มมิน : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อการลดระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี. (THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY INTERVENTION PROGRAM FOR REDUCING ANXIETY AND DEPRESSION AMONG PRACTICAL NURSES IN A HOSPITAL, CHONBURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์, ประ.ด., ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์, ประ.ด. ปี พ.ศ. 2567.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม (Quasi-experimental study: one group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ช่วยพยาบาลของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลระยะเวลา 1 เดือน (มีนาคม พ.ศ. 2567) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน Depression Anxiety Stress Scale -21 (DASS-21) และชุดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4 ด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน Paired T-test โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.9 อายุเฉลี่ย 36.50 ปี (S.D. 11.28) และอายุงานเฉลี่ย 11.78 ปี (S.D. 11.67) มีระดับภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 84.38 มีคะแนนเฉลี่ย 2.47 คะแนน (S.D. 0.98) มีระดับความวิตกกังวล ร้อยละ 80 มีคะแนนเฉลี่ย 2.50 คะแนน (S.D. 1.08) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของภาวะซึมเศร่าลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยลำดับที่ของระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าระดับความวิตกกังวลลดลงโดยมีค่าเฉลี่ยลำดับที่ของระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับของอาการภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้

65920044: MAJOR: OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY; M.Sc.
(OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY)

KEYWORDS: ANXIETY/ DEPRESSION/ COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPY/
PRACTICAL NURSES

PATTARAPON JAMMIN : THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL
THERAPY INTERVENTION PROGRAM FOR REDUCING ANXIETY AND DEPRESSION AMONG
PRACTICAL NURSES IN A HOSPITAL, CHONBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE:
SRIRAT LORMPHONGS, Ph.D. TEERAYUT SA-NGIAMSACK, Ph.D. 2024.

This quasi-experimental study with one-group design assessed the effectiveness of a cognitive behavioral therapy (CBT) program in reducing anxiety and depressive symptoms among 32 practical nurses (PN) at a hospital in Chonburi province. Data was collected over one-month period in March 2024, using a personal information survey, the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), and a cognitive behavioral intervention protocol. Descriptive and inferential data analysis used the Paired T-test to evaluate changes in anxiety and depressive states, with a significance level at 0.05.

The results showed that the majority of the participants were female (96.9%), with an average age of 36.50 years (SD = 11.28) and an average work experience of 11.78 years (SD = 11.67). Among the participants, 84.38% had depressive symptoms with an average score of 2.47 (SD = 0.98), and 80% had anxiety symptoms with an average score of 2.50 (SD = 1.08). Comparisons of the mean levels of depression before and after the program in the second and fourth weeks revealed a statistically significant reduction in depression levels ($p < 0.001$ for both weeks). Similarly, comparisons of the mean levels of anxiety before and after the program in the second and fourth weeks showed a statistically significant reduction in anxiety levels ($p < 0.001$ for both weeks). Therefore, this study concludes that the CBT program effectively reduces symptoms of depression and anxiety.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องด้วยความอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์ ดร.ศรียรัตน์ ล้อมพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัยจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิอันประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์สิทธิ์ กุลวงษ์ อาจารย์ ดร.กมลวรรณ พรหมเทศ อาจารย์ ดร.ธีรานันท์ นาคใหญ่ นายแพทย์พริษฐ์ โพธิ์งาม นางสาวอมรา ชูพลสัจย์ และนางสาวแคทลียา โคตะนนท์ สำหรับความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมืออันสำคัญยิ่งในการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ให้ความอนุเคราะห์แก่การศึกษาวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้โอกาสและการศึกษารวมถึงสาขาวิชาสุขศาสตร์ อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้แก่ตัวข้าพเจ้า

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา รวมถึงครอบครัวของข้าพเจ้า ตลอดจนผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ภัทรภณ แจ่มมิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ลักษณะการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ	37

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
รูปแบบการวิจัย.....	39
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การออกแบบโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	47
ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	50
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	58
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	60
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	74
ภาคผนวก ก.....	75
ภาคผนวก ข.....	88



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะความผิดปกติด้านจิตใจด้วยเครื่องมือ DASS-21 ...	26
ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	34
ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม	36
ตารางที่ 4 โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่าง	45
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	47
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกภาวะซึมเศร้ารายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม .	50
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกภาวะซึมเศร้ารายช้อหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2	51
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกภาวะซึมเศร้ารายช้อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4	52
ตารางที่ 9 ระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4	53
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกความวิตกกังวลรายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	54
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกความวิตกกังวลรายช้อหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2	55
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกความวิตกกังวลรายช้อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4	56
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้า ร่วมโปรแกรม	58
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	58
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	59

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง หลัง
 เข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ กับหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์..... 60

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจรายชื่อหลังการเข้าร่วม
 โปรแกรม..... 60



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย.....	6
ภาพที่ 2 แบบจำลองข้อเรียกร้องและการควบคุมในงานของ Karasek (1979)	16
ภาพที่ 3 ความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการทำงานด้านต่าง ๆ.....	19
ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและระดับความวิตกกังวลในทุก ๆ เรื่อง	20
ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและระดับความวิตกกังวลเป็นบางครั้ง.....	20
ภาพที่ 6 หัวข้อการประเมินความวิตกกังวลด้วย GAD-7	23
ภาพที่ 7 หัวข้อการประเมินความวิตกกังวลด้วย DASS-21	25
ภาพที่ 8 ส่วนของสมองที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์	30
ภาพที่ 9 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ-9).....	33
ภาพที่ 10 รายละเอียดรูปแบบการวิจัยแบบ Quasi-experimental: One group	44
ภาพที่ 11 วิดีโอสื่อการสอน Session 1	81
ภาพที่ 12 วิดีโอสื่อการสอน Session 2	81
ภาพที่ 13 วิดีโอสื่อการสอน Session 3.....	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรวัยแรงงานทั่วโลกมีสัดส่วนร้อยละ 60 ของประชากรทั่วโลก แบ่งเป็นแรงงานในระบบร้อยละ 39 และแรงงานนอกระบบร้อยละ 61 แต่จากการคาดการณ์พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 ประชากรว่างงานทั่วโลกจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 207 ล้านคน เนื่องจากปัญหาการจ้างงานที่ไม่มั่นคงได้แก่ การกีดกันทางด้านสุขภาพ เพศ เชื้อชาติ รายได้ที่ไม่มั่นคงและเพียงพอต่อค่าครองชีพ การเลือกปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมในงาน ส่งผลให้เกิดความเครียดและความผิดปกติของภาวะสุขภาพจิตในงาน (International Labor Organization ; ILO, 2022) จากการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพจิตของ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) ในปี ค.ศ. 2019 พบว่า ร้อยละ 15 ของประชากรวัยแรงงานกำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเป็นผู้เผชิญภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ประมาณ 301 ล้านคน ภาวะซึมเศร้า (Depression) ประมาณ 280 ล้านคน และเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ประมาณ 703,000 คน ทั่วโลก (Global Burden of Disease study ; GBD, 2021) นอกจากนี้ปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นแล้วยังส่งผลต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมาโดยพบว่า แต่ละปีจะเกิดการสูญเสียวันทำงานของแรงงานทั่วโลกเนื่องจากภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ารวม 12,000 ล้านวันต่อปี ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถการทำงานของพนักงานลดลงส่งผลทำให้ขนาดเศรษฐกิจทั่วโลกเสียหายประมาณ 1 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงทำให้เกิดการสูญเสียต้นทุนทางสังคมร้อยละ 50 (World employment and social outlook: Trends, 2022, 2022; Bonnet, Leung, & Chacaltana, 2018; Christensen et al., 2020; Cuijpers et al., 2016)

สำหรับประเทศไทยจากการรวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย กรมสุขภาพจิตระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรไทยวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.17 คิดเป็น 327,064 คน และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 10.17 คิดเป็น 180,353 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566) นอกจากนี้ผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2556 ยังพบว่า ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรควิตกกังวล ร้อยละ 0.3 โดยคาดว่าจะมีผู้ป่วยทั่วประเทศประมาณ 140,000 คน (ข่าวสด, 2561) และพบความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลอย่างน้อยหนึ่งโรค พบร้อยละ 3.1 แม้ว่าความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรควิตกกังวลในไทยจะน้อยกว่าต่างประเทศ แต่ภาวะวิตกกังวลยังคงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ควรต้องมีการเฝ้าระวัง (Sooksompong et al., 2016) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นความ

เจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ไม่ใช่ความอ่อนแอทางด้านจิตใจ แต่เป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง อันทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ ส่งผลกระทบต่อความคิดและการกระทำ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเศร้า (Sadness) และสูญเสียสิ่งที่ตนเองสนใจ (Loss of interest) ในกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลินหรือสนใจ ผลกระทบของอารมณ์จะทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงานและใช้ชีวิตประจำวัน (World Health Organization, 2023)

นอกจากนี้อาการของภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับตั้งแต่รุนแรงน้อย ไปจนถึง รุนแรงมาก เช่น รู้สึกเศร้า สูญเสียสิ่งที่ตนเองสนใจ ลักษณะความอยากอาหารเปลี่ยนไป มีปัญหาการนอนหลับ เมื่อยล้า เหม่อลอย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ไม่สามารถตัดสินใจ และนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายและลงมือปฏิบัติจริง (Felix & DFAPA, 2020) ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนโดยเฉพาะในผู้ที่อยู่สภาพแวดล้อมที่กดดัน กีดกัน ดุถูก เหยียดหยาม หรือ เผชิญกับความเครียด จะยิ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงที่มักพบสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้ามกกว่าเพศชาย แม้ว่าภาวะซึมเศร้าจะมีความรุนแรงแต่สามารถรักษาและป้องกันได้โดยการบำบัดทางจิต การใช้ยาลดอาการซึมเศร้า ขณะที่ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดอาการไม่สบายใจ หรือเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลไม่แจ่มแจ้ง ผู้มีอาการวิตกกังวลมักมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการคือ มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น แน่นหน้าอก จุกเสียดแน่นท้อง กระวนกระวาย และรู้สึกถึงความกลัว หรือไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ตรงหน้าตนเองได้ ความวิตกกังวลสาเหตุความผิดปกติได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการทำงานของสมอง (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2558) ความวิตกกังวลไม่ได้มีเพียงแต่ข้อเสีย แต่หากมีความวิตกกังวลในระดับน้อย ถึงปานกลางซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสม ก็จะกระตุ้นหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น ตามทฤษฎีของ Yerke-Dodson (Teigen, 1994) อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพการทำงานจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้า แต่จะเพิ่มจนถึงระดับหนึ่งเท่านั้น เมื่อมีสิ่งเร้ามากเกินไปกลับจะทำให้ประสิทธิภาพลดลง ดังนั้น ความวิตกกังวลที่ผิดปกติจะเป็นความกลัวที่เกิดขึ้น เมื่อความกลัว (Fear) หรือความวิตกกังวล (Anxiety) ไม่สมเหตุผลหรือมากเกินไป ก็ส่งผลให้ผู้ที่รู้สึกกลัวทุกขใจมากหรือมีประสิทธิภาพการเรียนรู้การทำงานและการเข้าสังคมลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตในประชากรทุกระดับโดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานซึ่งไม่มีมาตรการป้องกันที่ดีพอจะมีผลกระทบในวงกว้างไม่ใช่เพียงด้านสาธารณสุขแต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคม (WHO & ILO, 2022)

หลังการระบาดของโรค Covid-19 พบว่า การเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตนั้นได้ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างต่อประชากรไทย ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลในช่วงการระบาดของโรคแต่ส่งผลกระทบยาวต่อมาจนถึงปัจจุบัน (Mahidol University Institute for Population and Social

Research, 2022) โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นแรงงานและกำลังหลักสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย กรมสุขภาพจิต พบว่า ช่วงเริ่มต้นของการระบาดของโรค Covid-19 (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2564) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.05 และสูงขึ้นอย่างมากในช่วงที่มีการระบาดโดยมีสัดส่วนความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.42 (ระหว่างวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2565) และลดลงเหลือร้อยละ 5.05 หลังการระบาดของโรค Covid-19 (ระหว่างวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 25 มีนาคม พ.ศ. 2566) นั้นแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าการระบาดของโรค Covid-19 จะสิ้นสุดลงแล้ว แต่บุคลากรทางการแพทย์ยังคงได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตหลังการระบาดของโรค Covid-19 (กรมสุขภาพจิต, 2566)

ผู้ช่วยพยาบาลถือเป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วยโดยเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปีจากสถาบันที่ได้รับรองจากสภาการพยาบาล เป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่ในการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนโดยช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการขั้นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ สังเกตอาการ วัตถุประสงค์ชีวิต และทำการบันทึกติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยและอาการแสดงของโรค ช่วยเหลือแพทย์และพยาบาลในการตรวจและรักษาพยาบาลต่าง ๆ จัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้การปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งให้การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2561)

นอกจากนี้ ลักษณะการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลจะใช้เวลาส่วนมากกับการเดิน ก้มตัว ยึด และยืน เพราะจำเป็นต้องช่วยในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยรวมทั้งการทำงานกับผู้ป่วยอาจมีโอกาสนสัมผัสกับเชื้อโรคต่าง ๆ และสารเคมีอันตราย เช่น ยาเคมีบำบัด ลักษณะการทำงานจะเป็นงานประจำ และมีการเข้าเวรกลางคืนหรือเวรในช่วงวันหยุดเสาร์และอาทิตย์ ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะทำงานติดต่อกันได้มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (Department of Labor Bureau of Labor Statistics, 2023) การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ช่วยพยาบาลเริ่มมีมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรค Covid-19 จากการสำรวจภาวะและปัญหาด้านสุขภาพจิตของสมาพันธ์พยาบาลแห่งเมืองนิวบรันสวิก (New Brunswick Nurses Union: NBNU) แห่งประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2022 จากการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้ช่วยพยาบาลพบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 73.8 โดยที่มากกว่า ร้อยละ 44.0 ไม่ได้มีการไปพบกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม และผู้ช่วยพยาบาลมีภาวะความเครียดจากการทำงานสูงถึง ร้อยละ 72.8 โดยสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานล่วงเวลาและการเตรียมพร้อมที่จะถูกเรียกตัวมาทำงาน

พื้นที่ ร้อยละ 54.6 การไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถหาคนมาทดแทนหรือขาดบุคลากร ร้อยละ 46 การทำงานระหว่างกะพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 84.3 โดยผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 57 เชื่อว่าการทำงานโดยไม่มีระยะเวลาหยุดพักเป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง (Rogers, 2022) จากการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ช่วยพยาบาลของ Jan Serrano (2021) พบว่า ในช่วงที่มีการระบาดของโรค Covid-19 ผู้ช่วยพยาบาลมี Odd ratio ของการเกิดความวิตกกังวลเป็น 1.68 (95% CI = 1.02,2.76) เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ (P-value = 0.042) นอกจากนี้ผู้ช่วยพยาบาลที่มีความเครียดมีสัดส่วนคิดเป็น ร้อยละ 60.3 โดยพบว่า บุคลากรที่มีความเครียดจะเพิ่ม Odd ratio ของการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.6 (95% CI = 2.63,8.41) เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ (P-value < 0.001) จากการศึกษาี้แสดงว่าผู้ช่วยพยาบาลมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Serrano et al., 2021) นอกจากนี้ผลการสำรวจสุขภาพจิตของผู้ช่วยพยาบาล ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 1-8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ในเรื่องภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล) จำนวน 38 คน (ภัทรภณ แจ่มมิน, 2567)

จากประเด็นปัญหาสุขภาพจิตที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น ควรมีการกำหนดแนวทางในการป้องกันและแก้ไขโดย การป้องกันตามนโยบายขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ป้องกันโดยการลดสิ่งคุกคามด้านจิตสังคมในที่ทำงาน 2) ปกป้องและส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่พนักงาน และ 3) สนับสนุนและดูแลให้พนักงานสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข (WHO & ILO, 2022) หนึ่งในรูปแบบกิจกรรมที่สามารถช่วยลด ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับป้องกันผู้มีอาการของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ได้เป็นโรค (Freeman, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลในการใช้ Psychological intervention เพื่อลดระดับความวิตกกังวล จำนวน 29 งานวิจัยประกอบด้วยอาสาสมัคร 10,430 คน จาก 11 ประเทศพบว่า สามารถลดระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (Moreno-Peral et al., 2017) ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมการงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลในการใช้ Psychological intervention เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า จำนวน 50 งานวิจัย อาสาสมัคร 14,665 คน ที่มีความเสี่ยงสูงนั้น พบว่า สามารถลดระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัด 0.81 เท่า (95% CI: 0.72–0.91) (Cuijpers et al., 2021)

ด้วยเหตุผลทั้งหมดที่ได้กล่าวมานั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ช่วยพยาบาลที่มีลักษณะการทำงานคล้ายพยาบาลและมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจมากกว่าหรือเทียบเท่าพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้ CBT เพื่อป้องกันความวิตก

กังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลเพื่อให้ผู้ช่วยพยาบาลมีความรู้และความตระหนักในการจัดการกับ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเอง สามารถทำงานได้โดยปราศจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลรวมถึงลดอุบัติเหตุการณและป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าที่เกิดจากงานได้ในอนาคต

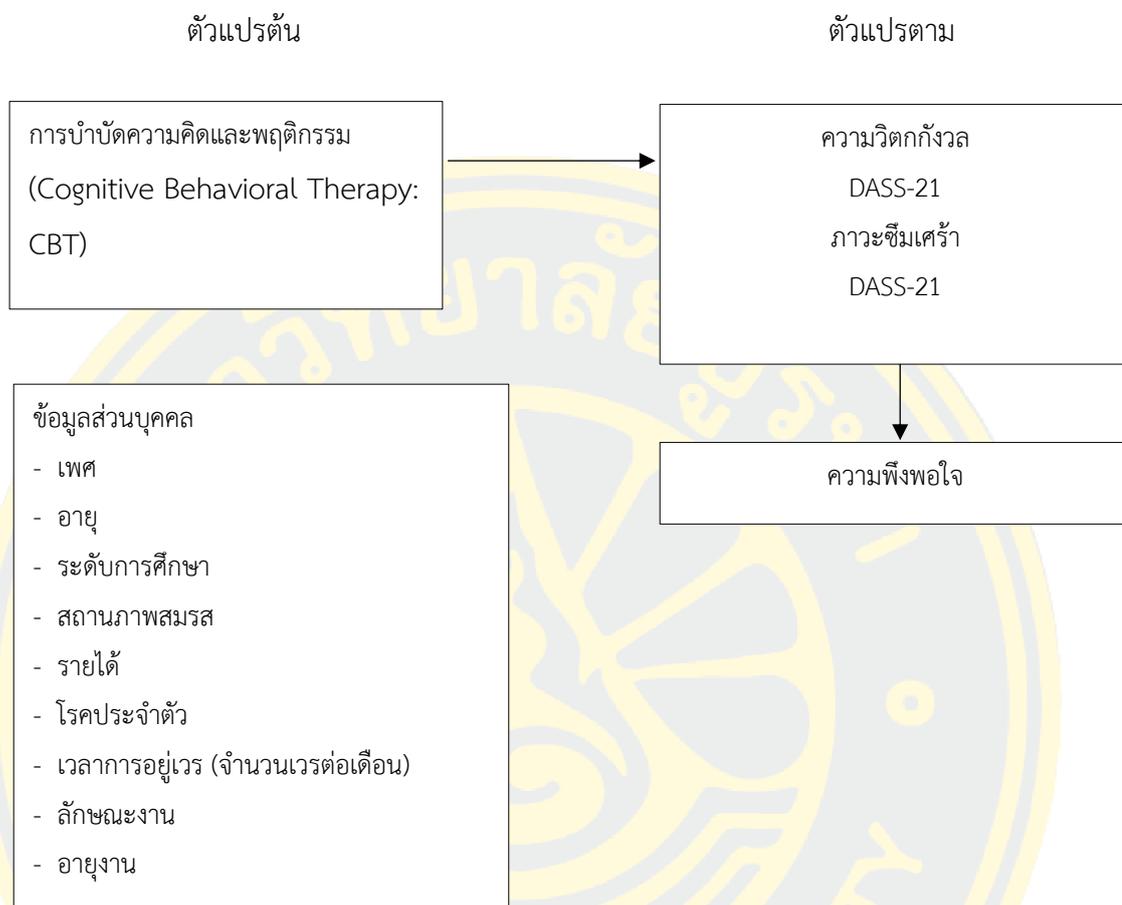
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

สมมติฐานของการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) สามารถลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีและเปรียบเทียบการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBT

2. ขอบเขตด้านเครื่องมือ

ประกอบด้วยเครื่องมือ DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale – 21) พัฒนาโดย Lovibond and Lovibond (Lovibond, 1995) (Cowles & Medvedev, 2022) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มและหลังทำ CBT วัดระดับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ความวิตกกังวล 7 ข้อ ความเครียด 7 ข้อ รวม 21 ข้อ ฉบับ

ภาษาไทย ได้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย Sawang et al. (2013) และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่านั้น นอกจากนี้สำหรับโปรแกรม CBT จะมีการใช้สื่อการสอนคือ วิดีโอ และเครื่องมือที่ใช้ในการฝึกบันทึกอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

3. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี และมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า (ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 1-8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 38 คน

4. ขอบเขตด้านเวลา

ทำการศึกษาช่วงใน เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy:

CBT) หมายถึง โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่ประกอบด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ได้แก่ การสร้าง Formulation จาก Cognitive behavioral model และการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive reconstructing) โดยเป็นการดัดแปลงจากการศึกษาการใช้ CBT บนฐาน อินเทอร์เน็ต ของ Kuribayashi et al. (2019) โดยรายละเอียดกิจกรรมมีความหมายดังนี้

- การให้สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การให้ความรู้เรื่อง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
- การสร้างความเข้าใจตนเอง (Self-formulation) หมายถึง การเรียนรู้เทคนิคในการสร้างวงจรรวมความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกทางพฤติกรรมด้วยตนเอง
- การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive reconstructing) หมายถึง การเรียนรู้และจดจำความคิดของตนเอง ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ ในแต่ละวัน

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดอาการไม่สบายใจหรือเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลไม่แจ่มแจ้ง ผู้มีอาการวิตกกังวลมักมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการคือ 1) มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น แน่นหน้าอก จุกเสียดแน่นท้อง กระวนกระวาย และ 2) รู้สึกถึงความกลัว หรือไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ตรงหน้าตนเองได้ ทำให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สมาธิ ความจำ การรับรู้ และการแปลความหมายต่าง ๆ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items; DASS-21)

ฉบับภาษาไทย แบบทดสอบ DASS-21 ฉบับนี้ได้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย Sawang et al. (2013)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เกิดการเสียสมดุลทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง และอาจส่งผล ถึงด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เป็นต้น ภาวะซึมเศร้านี้อาจส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิต อาจนำไปสู่ การมีความคิดอยากตาย และการฆ่าตัวตายในที่สุด (จำปาวัลย์, 2560) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items; DASS-21) ฉบับภาษาไทย แบบทดสอบ DASS-21 ฉบับนี้ได้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย Sawang et al. (2013)

ผู้ช่วยพยาบาล หมายถึง เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปีจากสถาบันที่ได้รับรองจากสภาการพยาบาล เป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่ในการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนโดยช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการขั้นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ สังเกตอาการ วัตถุประสงค์สัญญาณชีพ และทำการบันทึกติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงของโรค ช่วยเหลือแพทย์และพยาบาล ในการตรวจและการรักษาพยาบาลต่าง ๆ จัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้การปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งให้การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลใด ๆ ที่สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ (ระบุไปถึงเจ้าของข้อมูล) ไม่ว่าจะตรงหรือทางอ้อมก็ตาม (วันพิชิต ชินตระกูลชัย, 2564) โดยในการวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะงาน เวลาการอยู่เวร (จำนวนเวรต่อเดือน) และอายุงาน โดยที่

- เพศ หมายถึง โครงสร้างทางกายวิภาคหรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง เพศชาย
- อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง โดยนับเป็นจำนวนปีตั้งแต่เกิดจนถึงปีที่ตอบแบบสอบถาม
- ระดับการศึกษา หมายถึง หมายถึง วุฒิการศึกษาที่สำเร็จสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างและได้รับการรับรองจากสถาบันการศึกษา ได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา ปริญญาตรี
- สถานภาพสมรส สถานภาพการครองคู่ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่

- รายได้ หมายถึง ค่าตอบแทนทุกรายการรวมถึงเงินเดือนและรายได้เสริมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในระยะเวลา 1 เดือน ในแบบสอบถามกำหนดเป็นรายได้เพียงพอ และรายได้ไม่เพียงพอ
- โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่มีติดตัวมาประจำรักษาไม่หายขาด ทั้งตั้งแต่เกิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง ของกลุ่มตัวอย่าง
- ลักษณะงาน หมายถึง รูปแบบการเข้าทำงานของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ทำงานประจำ เฉพาะกะเช้า หรือทำงานสลับกะ
- เวลาการอยู่เวร (จำนวนเวรต่อเดือน) หมายถึง จำนวนครั้งการอยู่ โดยการอยู่เวร 1 ครั้ง มีระยะเวลา 8 ชั่วโมงทั้งการอยู่เวรในช่วงกลางคืนและการอยู่เวรในวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์
- อายุงาน หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เข้าทำงานมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง โดยนับเป็นจำนวนปีตั้งแต่ทำงานจนถึงปีที่ตอบแบบสอบถาม

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก ยอมรับ พอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ภายหลังการศึกษาทั้งผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจ ไม่พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจมาก

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ได้ทราบถึงระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี
2. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลได้และลดอุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาล
3. บุคลากรทางด้านอาชีวอนามัยสามารถนำ CBT ที่เป็นหนึ่งใน Psychosocial intervention มาประยุกต์ใช้ในการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและยังสามารถลดปัญหาด้านสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ที่มีผลต่อการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี ได้มีการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้ง ทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ลักษณะการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ลักษณะการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการทำงานของพยาบาล

ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายสภาพยาบาลกับกำลังคนในทีมพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2561) ได้ให้นิยามผู้ช่วยพยาบาล (Practical nurse) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาจาก หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลเป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลตามที่ พยาบาลวิชาชีพมอบหมายในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่ในการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนโดยช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการขั้นพื้นฐานใน กิจกรรมประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอันตรายต่าง ๆ สังเกตอาการ วัตถุประสงค์ วินิจฉัยชีพ และทำการบันทึกติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงของโรค ช่วยเหลือแพทย์และ พยาบาล ในการตรวจและการรักษาพยาบาลต่าง ๆ จัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้การปฐม พยาบาลในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งให้การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2561)

งานการพยาบาลของผู้ช่วยพยาบาลมานั้นจะได้รับมอบหมายจากพยาบาลวิชาชีพ โดย ลักษณะงานการพยาบาลที่มอบหมายให้แก่ผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่

1. งานเฉพาะที่มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลกระทำเป็นประจำแต่อยู่ภายใต้การนิเทศ ของพยาบาลวิชาชีพได้แก่

1.1 การทำหัตถการที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายทันทีถ้าไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน (Non-invasive)

1.1.1 การดูดเสมหะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอาการคั่งที่

1.1.2 การดูแลผู้ป่วยที่มี Tracheostomy tube ที่มีอาการคั่งที่

1.1.3 การสวนปัสสาวะทิ้งในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพของระบบทางเดินปัสสาวะ/
การใส่ถุงยางอนามัยเพื่อรองรับปัสสาวะ

1.1.4 การสวนอุจจาระผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ไม่มีพยาธิสภาพของระบบทางเดิน
อาหารส่วนล่าง

1.1.5 การประคบร้อน ประคบเย็นในผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดีและสามารถรับ
ความรู้สึกได้

1.2 การเก็บข้อมูล บันทึก และรายงานข้อมูล ต่อไปนี้

1.2.1 สัญญาณชีพ ส่วนสูง น้ำหนัก ปริมาณน้ำดื่ม และปัสสาวะ การตรวจน้ำตาล
ในปัสสาวะ และตรวจความเข้มข้นของเลือด

1.2.2 ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมแต่ผ่านการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพแล้ว

1.2.3 การตอบสนองต่อการพยาบาลของผู้ป่วย

1.2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของสิ่งแวดล้อม

1.2.5 ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล

1.2.6 การสังเกตและเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องทดลอง การเก็บและตรวจหาน้ำตาล
ในปัสสาวะ

1.2.7 การรักษาความสะอาดร่างกายผู้ป่วยและการเช็ดตัวเพื่อลดไข้

2. งานเฉพาะที่มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลกระทำเป็นประจำซึ่งผู้ให้บริการมีอาการ
คั่งที่/ไม่รุนแรง

2.1 การช่วยในการเดิน การจัดทำ การพลิกตัว

2.2 การดูแลสุขอนามัย การขับถ่าย การอาบน้ำทาร์ก การเช็ดตัวลดไข้

2.3 การให้อาหาร การเตรียมถาดอาหาร

2.4 การให้อาหารและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารและลำไส้

2.5 การดูแลในกิจวัตรประจำวัน

2.6 กิจกรรมทางสังคม เช่น การให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

2.7 การช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

2.8 การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาพยาบาล

2.8.1 การเคลื่อนไหวและการบริหารร่างกาย

2.8.2 การจัดทำ พลิกดัว

2.8.3 การบริหารร่างกาย ข้อ และกล้ามเนื้อผู้ป่วย (Passive and active exercise) ตามแผนการรักษาพยาบาล

2.9 การประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือง่าย ๆ ได้แก่ อาการเจ็บปวด การพลัดตกหกล้ม ลักษณะผิวหนังที่ผิดปกติ เช่น ลักษณะผิวหนังที่เกิดจากการผูกมัด ลักษณะผิวหนังที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

2.10 การดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต

2.11 การช่วยฟื้นคืนชีพระดับพื้นฐาน

2.12 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.13 การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของผู้คลอดและผู้ป่วยนรีเวช

2.14 การช่วยรับผู้ป่วยที่ผ่านการกลั่นกรองและวินิจฉัยแยกประเภทแล้ว

2.15 การช่วยย้ายและจำหน่ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย

2.16 การเตรียมและช่วยเหลือในการตรวจร่างกาย

3. การให้ยา การมอบหมายเกี่ยวกับการให้ยา กระทำได้ในกรณี ต่อไปนี้

3.1 ในสถานบริการสุขภาพที่จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเป็นประจำ ได้แก่ สถานพักฟื้นระยะยาว (Long-term care) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนให้การพยาบาล และประเมินผล ผู้ช่วยพยาบาลจะต้องได้รับการฝึกฝนเรื่องการให้ยาโดยเฉพาะ

3.2 ในสถานที่ที่ผู้ใช้บริการอาศัยอยู่อย่างอิสระ ภาวการณ์เจ็บป่วยคงที่หรือคาดการณ์ได้และ ผู้ใช้บริการสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พยาบาลวิชาชีพสามารถมอบหมายให้ ผู้ช่วยพยาบาลให้ยาแก่ ผู้ป่วย เช่น ให้ยาทางปากหรือทางท่อให้อาหารอมได้ลิ้นหรือให้ยาเฉพาะที่ได้ และ ผู้ช่วยพยาบาลจะต้องได้รับการอบรมเรื่องการให้ยาอย่าง เป็นระบบโดยพยาบาลวิชาชีพ มีการนิเทศงานอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนยา

3.3 พยาบาลวิชาชีพจะต้องไม่มอบหมายงานเกี่ยวกับการให้ยาต่อไปนี้ ไม่ว่าในกรณีใด

3.3.1 คำนวณขนาดของยาพยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นผู้คำนวณขนาดยาด้วยตนเอง ยกเว้นการตวงยาน้ำ การหักเม็ดยา

3.3.2 การเริ่มยาใหม่เป็นครั้งแรก

3.3.3 การฉีดยา

3.3.4 การให้ยาผ่านเครื่องช่วยหายใจ

3.3.5 รับคำสั่งการให้ยาจากแพทย์ ทันตแพทย์

3.3.6 การสั่งยาให้ผู้ป่วย

4. พยาบาลวิชาชีพต้องไม่มอบหมายงานต่อไปนี้เป็นงานประจำของผู้ช่วยพยาบาล
 - 4.1 การทำหัตถการที่ต้องอาศัยเทคนิคปลอดเชื้อ หรือหัตถการที่อาจติดเชื้อได้
 - 4.2 การทำหัตถการที่ต้องอาศัยเทคนิคปลอดเชื้อ เช่น การทำแผลลึกหรือแผลไหม้
 - 4.3 การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง เช่น การใส่สายคาเข้าสู่อวัยวะหรือใส่สารบางชนิด
 - 4.4 การทำแผลลึก ๆ ที่ไม่ใช่การให้การพยาบาลฉุกเฉิน งานการพยาบาลตามข้อ 4.1 ถึง ข้อ 4.4 หากจะมอบหมายให้กับผู้ช่วยพยาบาลต้องดำเนินการภายใต้ข้อตกลง ดังนี้
 - 4.4.1 พยาบาลวิชาชีพต้องพิจารณาว่าเกิดความปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายกับผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการรู้สึกปลอดภัย
 - 4.4.2 พยาบาลวิชาชีพจะต้องพิจารณาถึงความรู้ ทักษะของผู้ช่วยพยาบาลและต้องคำนึงถึงความ ปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ให้บริการ
 - 4.4.3 พยาบาลวิชาชีพที่มอบหมายงานให้กับผู้ช่วยพยาบาลจะต้องรับผิดชอบผู้ให้บริการโดยตรง
 - 4.4.4 แม้สถาบันหรือโรงพยาบาลจะว่าจ้างผู้ช่วยพยาบาลแต่พยาบาลวิชาชีพจะต้องกำหนดข้อปฏิบัติ (Protocol) ในการทำงาน เพื่อการสอน การให้คำแนะนำและฝึกฝนผู้ช่วยพยาบาลโดยข้อปฏิบัติต้องมีลักษณะดังนี้
 - 4.4.4.1 ข้อปฏิบัติจะต้องชี้ให้เห็นถึงลักษณะของงานที่มอบหมาย
 - 4.4.4.2 ความสามารถในการทำงานของผู้ช่วยพยาบาล
 - 4.4.4.3 กลไกในการประเมินความสามารถของผู้ช่วยพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
- จากประกาศนโยบายพยาบาลที่ออกมาจะเห็นว่าบทบาทของผู้ช่วยพยาบาลจะมีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจนโดยเป็นการทำงานที่ได้รับมอบหมายจาก พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางหรือแพทย์ สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา (Department of Labor Bureau of Labor Statistics, 2023) ผู้ช่วยพยาบาลเรียกว่า Licensed Practiced Nurse (LPN) หรือ Licensed Vocational Nurse (LVN) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลในสหรัฐอเมริกา จะมีลักษณะการทำงานคล้ายกับประเทศไทย ประกอบด้วย ตรวจวัดชีพจร ความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกายและสัญญาณชีพอื่น ๆ ทำการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่ การเปลี่ยนชุด ช่วยอาบน้ำหรือแต่งตัว รายงานผลการตรวจวัดหรือความกังวลของผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางหรือแพทย์ได้รับทราบ จัดบันทึกการรักษาและดูแลผลบันทึกด้านสุขภาพ นอกจากนี้ลักษณะการทำงานของ ผู้ช่วยพยาบาลยังขึ้นบริบทการทำงานอื่น ๆ โดยพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลทำงานที่ บ้านพักคนชรา ร้อยละ 35 การทำงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 15 ทำงานดูแลผู้ป่วยบ้านพักส่วนตัว ร้อยละ 14 ทำงานตามคลินิก ร้อยละ 12 และทำงานในหน่วยงานข้าราชการอื่น ๆ ร้อยละ 7 ขอบเขตการทำงานทั้งหมดทำให้ลักษณะงานของผู้ช่วยพยาบาล ส่วนมากจะเป็นการเดิน การก้มหรือโน้มตัว การยึดตัว และการยีน

เพราะจำเป็นที่จะต้องทำการยกผู้ป่วย ดังนั้นผู้ช่วยพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการยกผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดหลังส่วนล่าง นอกจากนี้ผู้ช่วยพยาบาลอาจต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค รวมถึงมีโอกาสสัมผัสสารเคมีอันตราย เช่น ยาเคมีบำบัด และสารอื่น ๆ ลักษณะการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลจะเป็นการทำงานเต็มเวลาที่อาจมีการเข้าเวรดึกหรือเข้าเวรในวันเสาร์ อาทิตย์และวันหยุด ซึ่งนั่นทำให้ระยะเวลาการทำงานนานมากกว่าแปดชั่วโมงต่อวัน (Department of Labor Bureau of Labor Statistics, 2023)

ลักษณะการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในผู้ช่วยพยาบาล

จากลักษณะการทำงานที่ต้องได้รับมอบหมาย การเข้าเวร และการมีโอกาสกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้ช่วยพยาบาลของ สมาพันธ์พยาบาลแห่งเมืองนิวบรันสวิก (New Brunswick Nurses Union: NBNNU) ประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2022 พบว่า จากการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้ช่วยพยาบาลพบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลาสามปี ร้อยละ 73.8 โดยที่มากกว่าร้อยละ 44 ไม่ได้มีการไปพบกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม และผู้ช่วยพยาบาลมีภาวะความเครียดจากการทำงานสูงถึง ร้อยละ 72.8 โดยสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานล่วงเวลาและการเตรียมพร้อมที่จะถูกเรียกตัวมาทำงานทันที ร้อยละ 54.6 การไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถหาคนมาทดแทนหรือขาดบุคลากร ร้อยละ 46 การทำงานระหว่างกะพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 84.3 โดยผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 57 เชื่อว่าการทำงานโดยไม่มีระยะเวลาหยุดพักเป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง

ความเครียด (Stress) เป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีความหมายทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยที่ ความเครียดไม่ได้หมายถึงการเจ็บป่วย แต่เป็นสัญญาณแรกที่ตอบสนองต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ (International labor organization: ILO) ได้กำหนดนิยามว่า ความเครียด หมายถึง การตอบสนองที่อันตรายต่อร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล ขณะที่ความเครียดจากการทำงาน (Work-related stress) คือ การที่ความต้องการของงานไม่เหมาะสมหรือเกินขีดจำกัดความสามารถ หรือความจำเป็นของพนักงาน หรือองค์กรจนไม่สามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นหากมีไม่มากพนักงานสามารถขจัดไปได้ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน แต่หากเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถจัดการได้และเรื้อรังเป็นเวลายาวนานก็จะส่งผลต่อความผาสุกของผู้ปฏิบัติงาน (International Labour Organization, 2016)

สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม (Psychosocial hazard) คือ ปัจจัยต่าง ๆ ในงานที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียด ILO นิยามความหมายของ สิ่งคุกคามด้านจิตสังคมคือ “ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะงาน บริบทขององค์กร และ ความสามารถ วัฒนธรรม ความ

ต้องการ งานพิเศษ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ผลงาน และความพึงพอใจในการทำงาน” ความหมายนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และ ปัจจัยด้านมนุษย์ หากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นด้านลบระหว่างงานกับบุคคล ก็จะส่งผลให้ เกิดความ ผิดปกติต่ออารมณ์ ปัญหาด้านพฤติกรรม สารสื่อประสาทและสมองต่าง ๆ ได้ ในทางตรงกันข้ามหาก ความสัมพันธ์ทั้งสองด้านอยู่ในจุดที่สมดุล จะช่วยให้การทำงานดีมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการทำงาน เพิ่มแรงจูงใจ ความสามารถและความพึงพอใจในการทำงาน (International Labour Organization, 2016)

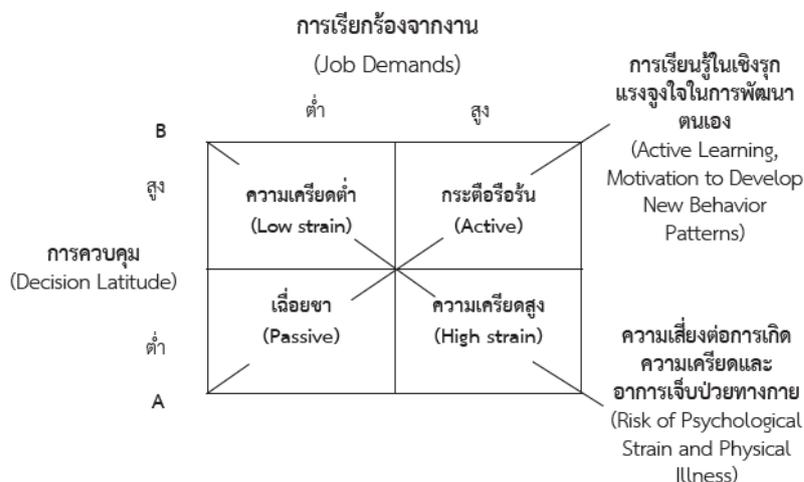
ปัจจุบันมีการพยายามในการอธิบายสาเหตุของความเครียดจากการทำงานหลาย ทฤษฎี แต่ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ แบบจำลองข้อเรียกร้องและการควบคุมในงาน ของ Robert Karasek (1979) แบบจำลองของ Karasek เป็นแบบจำลองสองมิติที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะงานและปัจจัยด้านบุคคล โดยประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ ข้อเรียกร้องในงาน (Job demands) และความสามารถในการควบคุมงาน (Decision latitudes) (กานดา จันทรย์แย้ม, 2561)

ข้อเรียกร้องในงาน (Job demands) ได้แก่ ภาระงานสูง งานเร่งด่วน งานยุ่งมากจนไม่มี เวลาในการพักผ่อนที่เพียงพอ หรือ ความกดดันที่เกิดขึ้นจากอารมณ์ เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจาก ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและหัวหน้า ได้แก่ ความขัดแย้ง การโต้แย้งในงาน และงานล่าช้าจาก การรอคอยคนในที่งาน

ความสามารถในการควบคุมงาน (Decision latitudes) ได้แก่ การตัดสินใจในงาน ความสามารถในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ การได้รับการยอมรับจากทีม หรือ โอกาสในการที่จะ สามารถพัฒนางานและตำแหน่งงาน ความก้าวหน้าในอาชีพ

มิติทั้งสองด้านที่ได้กล่าวมาจะถูกนำมาหาความความสัมพันธ์แบบเมทริกสองคูณสอง เกิด เป็นลักษณะงานที่อธิบายถึงความเครียดจากงาน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทำงานที่มีแรงกระตุ้นและมีความกระตือรือร้น (Active) เกิดจากงานที่มีข้อเรียกร้องในงานสูง และ ความสามารถในการควบคุมสูง ทำให้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 2) กลุ่มงานความเครียดต่ำ (Low-strain job) เกิดจากงานที่มีข้อเรียกร้องในงานต่ำ และ ความสามารถในการควบคุมสูง ทำให้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ 3) กลุ่มงานที่มีความเฉื่อยชา (Passive jobs) เกิดจากงานที่มีข้อเรียกร้องในงานต่ำ และความสามารถในการควบคุมต่ำ ทำให้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 4) กลุ่มงานความเครียดสูง (High-strain jobs) งานที่มีข้อเรียกร้องในงานสูง และ ความสามารถในการควบคุมต่ำ ทำให้ความเครียดอยู่ในระดับสูง (กานดา จันทรย์แย้ม, 2561)

แบบจำลองข้อเรียกร้องและการควบคุมในงาน ของ Karasek (1979) สามารถเขียนได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองข้อเรียกร้องและการควบคุมในงานของ Karasek (1979)

ที่มา: กานดา จันทร์แย้ม (2561)

ตั้งนั้นจากลักษณะงานของผู้ช่วยพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับแบบจำลองของ Karasek (1979) จะพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลจัดเป็นกลุ่มงานความเครียดสูง (High-strain jobs) เนื่องจากความสามารถในการควบคุมต่ำ เพราะต้องคอยรับมอบหมายจาก พยาบาลวิชาชีพหรือแพทย์ก่อนทำงาน และจากการสำรวจของงานที่มีข้อเรียกร้องในงานสูงอ้างอิงจาก การทำงานล่วงเวลาและการเตรียมพร้อมที่จะถูกเรียกตัวมาทำงานทันที การไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถหาคนมาทดแทนหรือขาดบุคลากร ร้อยละ 46 และการทำงานระหว่างกะพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 84.3

ผลกระทบที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่าง อย่างไรก็ตามการสัมผัสกับความเครียดระดับสูงเป็นเวลานานย่อมจะทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งสุขภาพจิต เช่น ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สุขภาพกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคโคร่งร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยจากการศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ช่วยพยาบาลของ Jan Serrano พบว่า ในช่วงที่มีการระบาดของโรค Covid-19 ผู้ช่วยพยาบาลมี Odd ratio ของการเกิดความวิตกกังวลเป็น 1.68 (95% CI = 1.02,2.76) เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ (P-value = 0.042) นอกจากนี้ผู้ช่วยพยาบาลที่มีความเครียดมีสัดส่วนคิดเป็น ร้อยละ 60.3 โดยพบว่า บุคลากรที่มีความเครียดจะเพิ่ม Odd ratio ของการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.6 (95% CI = 2.63,8.41) เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ (P-value < 0.001) จากการศึกษาี้แสดงว่าผู้ช่วยพยาบาลมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Serrano et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมานั้นสรุปได้ว่า ลักษณะการทำงานของผู้ช่วยพยาบาลที่ขาดความสามารถในการควบคุมเพราะต้องคอยรับการมอบหมายจากทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดจากการ งานที่มีข้อเรียกร้องในงานสูง และ ความสามารถในการควบคุมต่ำตามแบบจำลองของ Karasek (1979) โดยจากการสำรวจในช่วงหลังมีการระบาดของโรค Covid-19 ที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ช่วยพยาบาลส่งผลให้ ผู้ช่วยพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพ แต่มีความเสี่ยงในการเกิดโรควิตกกังวลมากกว่าพยาบาลวิชาชีพด้วยกัน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิยามของความวิตกกังวล (Anxiety) ความกลัว (Fear) และ กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder)

ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายทางกายหรือจิตใจเมื่อคาดการณ์เหตุการณ์เลวร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมักจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึก กลัว กังวล กระวน กระวาย บางครั้งจะใช้สลับกับคำว่าความกลัว ซึ่งความวิตกกังวลมักจะนิยามถึงความกังวลที่เกิดขึ้น โดยที่ไม่มีปัจจัยมากระตุ้น แต่ความกลัวจะเกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อาจจะให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งการตอบสนองของความกลัวมักจะเกิดขึ้นในรูปแบบของการหนีหรือหลีกเลี่ยง แต่ความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นจะรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมหรือหลีกเลี่ยงได้ (Millstein, 2020)

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัย (Subjective) ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะรู้สึกไม่สบายใจ ไม่เข้าใจ หรือเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลไม่แจ่มแจ้ง และมักจะมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ เหงื่อแตก ใจสั่น แน่นหน้าอก จุกเสียดท้อง กระวนกระวาย เป็นต้น อาการเหล่านี้อาจแตกต่างกัน

ความวิตกกังวล (Anxiety) เริ่มมีการศึกษาตั้งแต่สมัยกรีกโบราณโดยศึกษาควบคู่กับการระลึกสติ เป็นความรู้สึกพื้นฐานที่ตอบสนองเกินความจำเป็นต่อ ความกลัว ความลำบาก โดยเฉพาะเมื่อคาดการณ์ในสิ่งที่ยังไม่รู้หรือไม่เกิดขึ้นในอนาคต (Boughner, 2020) การศึกษาความวิตกกังวล (Anxiety) มีรายงานในสมัยนั้นว่าเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่งและจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งการรักษาในสมัยก่อนนั้นจะเป็นวิธีการที่ไม่ปรากฏในปัจจุบันแล้ว การรักษาในปัจจุบันนั้นเริ่มเข้าช่วงศตวรรษที่ 19 คนที่มีความวิตกกังวลเริ่มมีการบันทึกในเวชระเบียน นักจิตเวชชาวอเมริกาได้มีการกำหนดความวิตกกังวลที่ผิดปกติได้แก่ กลุ่มอาการแพร์นิค ความวิตกกังวลทั่วไป และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) ฉบับที่ 1 2 และ 3 ก่อนที่จะ

การปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยในกลุ่มโรคความวิตกกังวลขึ้นใหม่ เป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มโรคความวิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ และโรคเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ใน DSM ฉบับที่ 5 (Crocq, 2015)

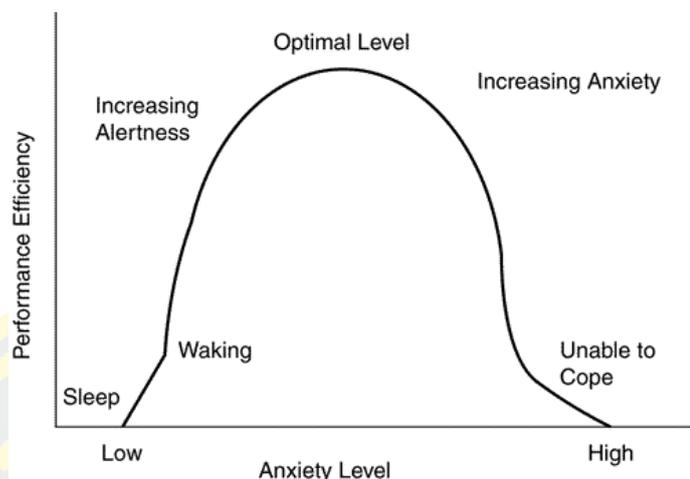
ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกกังวล กระวนกระวายใจ เครียด รู้สึกว่าแห้ว มีความคิดเกี่ยวกับความตาย รวมถึงมีอาการนอนไม่หลับ และอาการชาหรือเจ็บแปลบตามร่างกายในชีวิต ความวิตกกังวลคือ ลักษณะอารมณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตราย เป็นความรู้สึกของการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย หรือความขัดข้องใจที่คุกคามสวัสดิภาพ ภาวะสมดุล วิถีชีวิตของบุคคล หรือกลุ่มสังคมที่บุคคลนั้นเป็นเจ้าของอยู่ กล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลไม่ได้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยตรงจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ แต่เป็นกระบวนการที่เกิดจากการที่บุคคลประเมินความน่าจะเป็นของสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่เคยประสบ (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2565)

กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) คือ กลุ่มของโรคที่เกี่ยวข้องกับความกลัว หรือความวิตกกังวลที่ไม่สมเหตุสมผล หรือมากเกินไปกว่าปกติ และส่งผลให้บุคคลนั้นมีความทุกข์ใจมาก หรือส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียน การทำงาน และหรือการเข้าใจเสื่อมลงอย่างชัดเจน (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2562)

โดยสรุป ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นเมื่อคาดการณ์อันตรายในอนาคต และเกิดการตอบสนองที่มากเกินไปจนความจำเป็น ซึ่งการตอบสนองที่มากเกินไปจะแสดงออกมาความกระวนกระวายทางจิตใจ หรือแสดงออกผ่านทางระบบประสาทอัตโนมัติ แตกต่างจากความกลัวที่มักจะมีปัจจัยกระตุ้นที่ชัดเจน และหากมีอาการดังกล่าวร่วมกับประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตลดลง มีความรู้สึกเป็นทุกข์ จะเกิดเป็นกลุ่มอาการที่เรียกว่าโรควิตกกังวล

ความวิตกกังวลกับประสิทธิภาพในการทำงาน

เมื่อเกิดความวิตกกังวลแล้วก็สามารถแบ่งออกเป็นได้หลายระดับซึ่งแต่ละระดับนั้นจะมีผลต่อการทำงานด้านต่าง ๆ ที่ต่างกัน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับน้อยถึงปานกลางจะกระตุ้นให้มนุษย์อยากพัฒนานตนเองมากขึ้น แต่หากว่าความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ ลดลงโดย Yerkes-Donson กล่าวว่า “ประสิทธิภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้า แต่จะเพิ่มจนถึงระดับหนึ่งเท่านั้น เมื่อมีสิ่งเร้ามากเกินไปกลับจะทำให้ประสิทธิภาพลดลง” (Teigen, 1994) ดังแสดงในภาพที่ 3



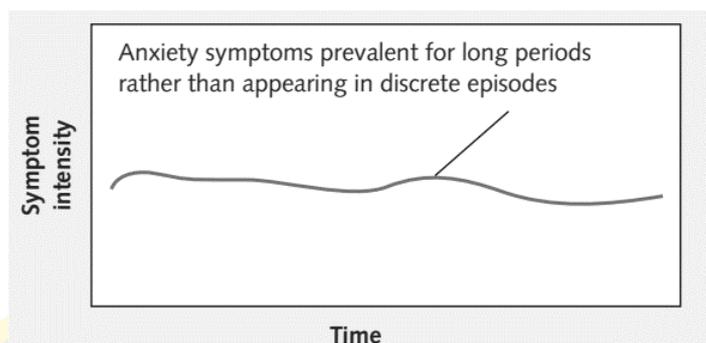
ภาพที่ 3 ความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการทำงานด้านต่าง ๆ
ที่มา: Salva, Alban, Wiederhold, Wiederhold, and Kong (2009)

ลักษณะของความวิตกกังวล

ความกลัวหรือความวิตกกังวลนั้นเป็นสภาวะตามธรรมชาติที่ทุกคนอาจมีบ้าง ซึ่งหากความกลัวหรือความวิตกกังวลนั้นไม่สมเหตุสมผลหรือมากเกินไปจนมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานหรือการใช้ชีวิตต่าง ๆ ความวิตกกังวลนั้นจะเรียกว่า ความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Pathological anxiety) โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบตามลักษณะการเกิดได้แก่ (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2558)

1. วิตกกังวลในทุก ๆ เรื่อง (Generalized/Free-floating anxiety)

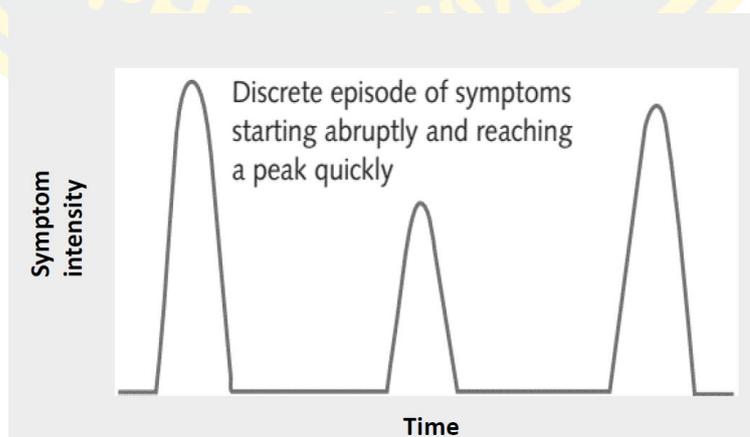
เป็นความวิตกกังวลที่มีอาการต่อเนื่องยาวนานหลายชั่วโมง นั้นจะไม่พบสาเหตุโดยตรงแต่จากข้อมูลของผู้ที่มีอาการจะพบว่า ผู้ที่วิตกกังวลจะมีความรู้สึกกังวลกับทุกเรื่องในชีวิตประจำวันมากเกินไป เช่น เรื่องงาน เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความวิตกกังวลนี้มักพบได้บ่อยในโรค Generalized anxiety disorder (GAD) ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานต่าง ๆ ในระดับน้อยถึงปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและระดับความวิตกกังวลสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและระดับความวิตกกังวลในทุก ๆ เรื่อง
ที่มา: Sadock (2007)

2. วิตกกังวลเป็นครั้งคราว (Paroxysmal anxiety)

ผู้ป่วยที่เกิดอาการวิตกกังวลรุนแรงเป็นครั้งคราว (Discrete episodes) โดยรูปแบบที่มีความรุนแรงที่สุดนั้นเป็นอาการที่เรียกว่า “Panic attack” กล่าวคือผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายใจหรือกลัวร่วมกับมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ อาการที่พบได้บ่อย อาทิเช่น ความกลัวว่าตนเองกำลังจะตาย เป็นโรคหัวใจ กำลังจะขาดสติ ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือกำลังจะเป็นบ้าและความรู้สึกเหล่านี้จะยิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นอย่างรุนแรง เป็นวงจรไม่รู้จบ อาการดังกล่าวจะเกิดอย่างรวดเร็วและมีอาการสูงสุดภายใน 10 นาที โดยทั่วไปอาการดังกล่าวคงอยู่ไม่นานเกิน 1 ชั่วโมง พบได้ในผู้เป็นโรค Panic disorder หรืออาจพบในกลุ่มโรค Phobic disorder ที่จัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและระดับความวิตกกังวลสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและระดับความวิตกกังวลเป็นบางครั้ง
ที่มา: Sadock (2007)

สาเหตุและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวลยังคงมีความซับซ้อนและยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 2 ด้านได้แก่ (Sadock, 2007)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

กรรมพันธุ์ มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการเกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวตั้งแต่ในอดีตเพื่อเอาตัวรอดในชีวิตประจำวัน เช่น ความกลัวที่เกิดขึ้นจากการเห็นสัตว์มีพิษ หรือ การกลัวที่สูงในบางคน การตอบสนองเป็นการตอบสนองที่เป็นปกติ แต่เชื่อว่าทุกคนจะมีความกลัวต่อสิ่งที่เป็นอันตรายเสมอ โดยเฉพาะบางคนที่กลัวในสิ่งที่ไม่สามารถคุกคามชีวิตได้ ดังนั้นการที่มนุษย์แต่ละคนมีความกลัวที่ต่างกัน นั้นอาจเกิดจากกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่า ในคนที่มีญาติสายตรงเป็นกลุ่มโรควิตกกังวลเช่น Panic disorder โรค Phobia โรค Generalized anxiety disorder (GAD) และป่วยด้วยโรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder: OCD) มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้ ร้อยละ 50 (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2558)

ประสาทกายวิภาค และสารสื่อประสาท เมื่อมนุษย์ได้รับปัจจัยกระตุ้นหรือเกิดความเครียด ร่างกายจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท (Neurotransmitters, Neuropeptides) ร่างกายจะเข้าสู่กระบวนการที่เรียกว่า “Flight or fight” เพื่อตอบสนองต่อภาวะที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามการกระตุ้นของร่างกายที่มากเกินไปก็อาจทำให้เกิดความผิดปกติของความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้การถูกกระตุ้นซ้ำ ๆ โดยความเครียดย่อมส่งผลต่อการตอบสนองต่อระบบประสาทที่เกี่ยวข้องด้วย ระบบประสาทกายวิภาคที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, Corticotropin-releasing hormone (CRH) และสารประเภทอื่น ส่วนสารสื่อประสาทที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากเกินไปนั้นจะเกิดจากการหลั่งสารสื่อประสาทในระบบ Norepinephrine Serotonin และ GABA ที่ผิดปกติ ร่วมกับ การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกาย (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2558)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความวิตกกังวล นอกจากกรรมพันธุ์ที่ได้กล่าวถึงก่อนหน้าแล้วยังพบว่า อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ในกลุ่มคนที่มีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ได้แก่ กังวล กลัว เหงา หรือความผิดปกติอื่น ๆ ก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดความวิตกกังวลได้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการเกิดความวิตกกังวลมีดังนี้

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

Sigmund Freud เชื่อว่ากลุ่มโรควิตกกังวล เกิดจากปมความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก และความคิดกังวลเป็นศูนย์กลางของโรคประสาท (Neurosis: โรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยยังไม่ได้หลุดออกจากโลกของความเป็นจริงไป) (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2562)

- ทฤษฎีพฤติกรรมและการเรียนรู้ (Behavior and learning theory)

การเกิดเงื่อนไข (Conditioning) คือ ความวิตกกังวลนั้นจะสัมพันธ์กับประสบการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลนั้น ๆ เคยเผชิญ และเมื่อได้เผชิญเหตุการณ์นั้นหรือเห็นสิ่งที่ทำให้นึกถึงประสบการณ์ที่เคยผ่านมา ก็จะเกิดความวิตกกังวลขึ้นมา ยกตัวอย่างเช่น บุคคลที่เคยโดนสุนัขกัดจนกระทั่งได้รับบาดเจ็บเมื่อโตมาเค้าจะมีความหวาดระแวงหรือเกิดความวิตกกังวลทุกครั้งเมื่อเห็นสุนัข นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังสามารถเกิดขึ้นได้จากการสังเกตคนรอบตัว เช่น เด็กที่มีพ่อแม่ที่ไม่ชอบบอกงานสังคม เมื่อโตมาเด็กคนนั้นก็อาจมีความกังวลที่จะเข้าสังคมเช่นกัน

- ทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดการรับรู้

ความคิดอัตโนมัติ (Autonomic thought) แปลผลการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่รู้สึกว่าจะกายหรือจิตใจนั้นอยู่ในอันตราย คิดว่าอนาคตที่กำลังจะเกิดขึ้นนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทั้งอารมณ์ที่ผิดปกติไป เช่น วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ Aaron T Beck

- ทฤษฎีปรัชญาอัตถิภาวนิยม (Existential theory)

ไม่มีปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลจริง แต่เพราะชีวิตไม่มีจุดหมายจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมา

- ทฤษฎี Contemporary Learning

Mineka and Zinbarg (2006) ที่มีการออกแบบโมเดลเพื่ออธิบายการเกิดความวิตกกังวลของบุคคลจากปัจจัยได้แก่ กรรมพันธุ์ อารมณ์ และการเรียนรู้ โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลจะประกอบด้วย 1) มีปัจจัยด้านกรรมพันธุ์หรืออารมณ์ร่วมกับการเรียนรู้เรื่องราวที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และ 2) มีบริบทสามอย่างได้แก่ เงื่อนไข ตัวกระตุ้น และตัวควบคุม เช่น ผู้ที่มีความไม่มั่นคงในอารมณ์ที่มีประสบการณ์ในการกลัวสุนัขในอดีต ถ้าคนผู้นั้นเผชิญเหตุการณ์ที่พบสุนัขที่ไม่ได้มีการฝึกฝนก็อาจมีความวิตกกังวลแบบที่ผ่านมา ว่าสุนัขตัวนั้นอาจเข้ามากัด หรือรู้สึกว่ามันอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้

- ทฤษฎี Triple Vulnerability

Barlow et al. (2009) เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ เพื่ออธิบายการเกิดของความวิตกกังวล ข้อบ่งชี้ในการเกิดต้องประกอบด้วย 1) บุคคลผู้นั้นต้องประเด็นที่เปราะบาง 2) และ 3) มีประสบการณ์ด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในอดีต และปัจจัยด้านจิตสังคมอื่น ๆ เช่น ขาดความสามารถในการควบคุม ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ หรือมีเหตุการณ์ด้านลบต่าง (Boughner, 2020)

การประเมินความวิตกกังวล

แบบประเมิน Generalized Anxiety Disorder 7 หรือ GAD-7

เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการความวิตกกังวล ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นโดย Spitzer RL และคณะ (Spitzer, 2006) แบบสอบถามประกอบด้วย 7 คำถาม แต่ละคำถามมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ภาพที่ 6

แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7)

ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านถูกรบกวนด้วย ปัญหาต่อไปนี้บ่อยเพียงใด	ไม่เคย	บางวัน	เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา	เกือบทุก วัน
1. รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือกระวนกระวาย	0	1	2	3
2. ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้	0	1	2	3
3. กังวลมากเกินไปในเรื่องต่าง ๆ	0	1	2	3
4. ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก	0	1	2	3
5. รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้	0	1	2	3
6. กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย	0	1	2	3
7. รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น	0	1	2	3
คะแนนแต่ละคอลัมน์				
คะแนนรวม				

ภาพที่ 6 หัวข้อการประเมินความวิตกกังวลด้วย GAD-7

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ (2558)

เมื่อได้คะแนนแต่ละข้อแล้วให้รวมคะแนนทุกข้อจะได้คะแนนรวม 0 ถึง 21 คะแนน ก่อนที่จะนำมาจัดเรียงลำดับความรุนแรง โดยเรียงลำดับความรุนแรงได้ดังนี้ (Spitzer, 2006)

- ระดับคะแนน 5-9 คะแนน ยังอยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย
- ระดับคะแนน 10-14 คะแนน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
- ระดับคะแนน 15-21 คะแนน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

จากผลของระดับความรุนแรงนั้นจะช่วยให้จิตแพทย์สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้เบื้องต้นและช่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป แบบประเมินภาวะวิตกกังวลเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ โดยใช้แบบประเมิน GAD-7 จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีคะแนนเกิน 10 นั้นมี Sensitivity ร้อยละ 89 และมี Specificity ร้อยละ 82 อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า เครื่องมือชนิดนี้จะเน้นที่การคัดกรองตัวโรคและความแม่นยำวินิจฉัยไม่สูงมากนักโดยมี Sensitivity ร้อยละ 83 และมี

Specificity ร้อยละ 46 อย่างไรก็ตาม GAD-7 เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมเบื้องต้นในการประเมินความวิตกกังวลเนื่องจากใช้ได้ง่ายไม่ซับซ้อนและจากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการคัดกรองในแต่ละประชากรไม่แตกต่างกันมาก (Rutter, 2017)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items; DASS-21)

เป็นแบบประเมินที่ใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียด เหมาะสำหรับการใช้ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยในการวินิจฉัย และสำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเพื่อช่วยในการคัดกรองและติดตามอาการด้านจิตใจ แบบประเมินแบ่งเป็นสามหมวด ได้แก่ วิตระดับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,5,10,13,16,17 และ 21 ความวิตกกังวล 7 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 7, 9, 15, 19 และ 20 ตามด้วยความเครียด 7 ข้อ ได้แก่ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 รวม 21 ข้อ รายละเอียดดังภาพที่ 7 โดยแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ก่อนที่จะนำคะแนนที่ได้ มารวมกันในแต่ละหมวด ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว และเมื่อได้คะแนนรวมของทั้งสามหมวดแล้วการแปลระดับความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ได้ดังตารางที่ 1 ซึ่งจะสามารถบอกความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับได้แก่ ระดับปกติ (Normal) ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) ระดับรุนแรง (Severe) และระดับรุนแรงที่สุด (Extremely severe)

แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและวงกลมหมายเลข 0, 1, 2 หรือ 3 ที่ระบุข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด ท่านไม่ต้องปฏิบัติต่อหรือคิด ทำให้ไม่ควรใช้เวลามากนักในแต่ละข้อความ

เกณฑ์การประเมิน Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

- 0 คือ ไม่ตรงกับท่านเลย
- 1 คือ ตรงกับท่านบ้าง หรือเกิดขึ้นบางครั้ง
- 2 คือ ตรงกับท่านมาก หรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 3 คือ ตรงกับท่านมาก หรือเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา

ข้อ	ข้อความ	เกณฑ์การประเมิน			
		0	1	2	3
1	ข้าพเจ้ารู้สึกยากที่จะผ่อนคลายอารมณ์				
2	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าทำงานแน่				
3	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สงบเลย				
4	ข้าพเจ้ามีอาการทางใดทางหนึ่ง (เช่น หายใจเร็วเกินไป หายใจไม่ออก มีที่ท่านไม่ได้ออกแรงทางกาย)				
5	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้างหน้ามืด จนมองไม่เห็นอะไรเลยสักครั้งเดียว				
6	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีการยึดแน่นของกล้ามเนื้อในทุกครั้งที่ข้าพเจ้าทำงานบางครั้ง				
7	ข้าพเจ้ารู้สึกยากที่จะสงบลง				
8	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้างหน้าเครียดมาก				
9	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้างหน้าเครียดมากจนกล้ามเนื้อร้อนเกินไปโดยไม่พักผ่อน				
10	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าทั้งตัวไม่สงบเลย				
11	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าทำงานแล้วไม่สามารถจะผ่อนคลายอารมณ์หรือทำให้ใจสงบลงได้				
12	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีอาการประหม่าบ้าง				
13	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีอาการเศร้าหรือไม่สบายใจ				
14	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีอาการตื่นตัวอย่างไม่สงบทุกครั้งที่ข้าพเจ้าไม่ได้ทำอะไรเป็นการส่วนตัว				
15	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่สามารถจะทำอะไรได้เกินกว่าอาการหุดหู่ที่ข้าพเจ้ารู้สึกขณะนั้น				
16	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่พอใจกับการจัดการหุดหู่ของข้าพเจ้า				
17	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าว่างเปล่าไม่มีจุดหมาย				
18	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้างหน้าไม่รู้สึกยินดีในอารมณ์เศร้าทุกครั้งที่ข้าพเจ้าอยู่คนเดียว				
19	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้างหน้าไม่สงบทุกครั้งที่ข้าพเจ้ามีอาการหุดหู่ทางใจอย่างใดอย่างหนึ่ง				
20	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมที่ข้าพเจ้าเคยทำได้ทุกครั้ง				
21	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตัวเองไม่มีความหมาย				

ภาพที่ 7 หัวข้อการประเมินความวิตกกังวลด้วย DASS-21

ที่มา: Sawang et al. (2013)

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะความผิดปกติด้านจิตใจด้วยเครื่องมือ DASS-21

หมวด ระดับความรุนแรง	ความซึมเศร้า	ความวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ (Normal)	0 - 4	0 - 3	0 - 7
ระดับต่ำ (Mild)	5 - 6	4 - 5	8 - 9
ระดับปานกลาง (Moderate)	7 - 10	6 - 7	10 - 12
ระดับรุนแรง (Severe)	11 - 13	8 - 9	13 - 16
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely severe)	≥14	≥10	≥17

ที่มา: Henrey and Crawford (2005)

จากการศึกษาของ Henrey and Crawford ในปี ค.ศ. 2005 พบว่า แบบทดสอบมี ความเที่ยงตรงที่เหมาะสมเพียงพอที่จะใช้ในการประเมินและถึงแม้ว่าแบบทดสอบนี้จะมี 3 หมวดในการพิจารณาได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียด แต่ก็สามารถช่วยประเมินทั้งสามได้ดี ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ DASS-21 เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายมากกว่า DASS-42 เนื่องจากมีจำนวนข้อที่น้อยกว่ารวมทั้ง เมื่อวัด Reliability พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (Henrey & Crawford, 2005)

การรักษาอาการวิตกกังวลโดย Psychological treatment

ความวิตกกังวลที่ผิดปกติของมนุษย์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพความเป็นอยู่ของบุคคล ความผิดปกติมักจะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของชีวิตในแต่ละคนและนำมาซึ่งผลกระทบที่ร้ายแรง ดังนั้นการศึกษาในช่วงที่ผ่านมาจึงเน้นที่การป้องกันการเกิดความวิตกกังวลโดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น การศึกษาการป้องกันความวิตกกังวลแบบกลุ่มอาศัย การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นพื้นฐานเพื่อมุ่งเน้น ความวิตกกังวลเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ การศึกษา CBT ที่ใช้ในประชากรที่เป็นเด็กส่วนมากมีแนวโน้มที่ดีและสามารถนำมาปฏิบัติใช้ได้ ในปัจจุบันการศึกษา CBT รวมถึงการศึกษาเริ่มมีการเจาะจงตามชนิดของ ความวิตกกังวลมากขึ้น และสามารถใช้ในการป้องกันความวิตกกังวลแบบกลุ่มเช่นกัน (Wolgensinger, 2015)

การป้องกันอาการวิตกกังวล

Parker (2021) ได้มีการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยพบว่า จาก 19 งานวิจัยที่มีอาสาสมัคร 1,308 คน พบว่า การให้ Psychological treatment สามารถรักษาความวิตกกังวลได้ 1.16 เท่า (95%CI = 0.63 - 1.69) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา (Parker, 2021) นอกจากนี้ Patricia Moreno-Peral (2017) ได้มีการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม

อย่างเป็นระบบเช่นกันเพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Psychological intervention หรือ Educational intervention ในการป้องกันอาการวิตกกังวลพบว่า จาก 131 งานวิจัยที่มีอาสาสมัคร 10,430 คน การให้ Psychological intervention หรือ Educational intervention สามารถลดระดับคะแนนเฉลี่ยของอาการวิตกกังวล -0.31 คะแนน (95% CI, -0.40 to -0.21; $P < .001$) (Moreno-Peral, 2017) นั้นแสดงว่าการบำบัด Psychological intervention สามารถรักษาและป้องกันอาการของความวิตกกังวลได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเศร้าและภาวะซึมเศร้า

ความเศร้าปกติ (Normal sadness) เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การถูกปฏิเสธ การพลาดในสิ่งที่หวัง และมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดและทรมาน ขณะที่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ต่างจากความเศร้าปกติตรงที่อาจไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์จริงแต่อาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง และถ้าเกิดจากเหตุการณ์สูญเสียจริง ก็มักจะมีความเศร้าเกินควรและนานเกินปกติ ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักจะมีความรู้สึกผิด ด้อยค่า อายากตาย และพบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวันและสังคมทั่วไป ในรายที่รุนแรงก็จะมีอาการทางกายด้วย เช่น มีความผิดปกติของการนอน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (แก้วสว่าง, 2563)

ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า

การศึกษาภาวะซึมเศร้าทั่วโลก รวมถึงประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน ทำให้เข้าใจถึงลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จากการศึกษาใน 90 การศึกษา จาก 30 ประเทศ ระหว่างปี ค.ศ. 1994 ถึง 2014 อาสาสมัครสมัครวิจัยจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน ความชุกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 12.9 อัตราชุกในระยะเวลาหนึ่งปีจะมีผู้เป็นร้อยละ 7.2 ขณะที่ความชุกตลอดชีพคิดเป็นร้อยละ 10.8 (Sadock, 2007) ลักษณะทางระบาดวิทยาที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่

เพศ โดยพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยความชุกสะสมในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 14.4 ขณะที่เพศชายคิดเป็นร้อยละ 11.5 สมมติฐานที่เกิดขึ้นคิดว่าเกิดจากลักษณะทางชีวภาพ ฮอร์โมน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน รวมทั้งในบางประเทศที่สิทธิสตรีไม่เท่ากับผู้ชายนั้นก็อาจให้ผู้หญิงเป็นผู้เปราะบาง รู้สึกตัวเองด้อยค่า แต่อย่างไรก็ตามเหตุผลข้อหลังก็ถูกโต้แย้งไปเนื่องจากในการศึกษาบางประเทศโดยเฉพาะแถบประเทศโลกซีก

ตะวันตกที่สิทธิของทุกคนเท่าเทียมกันก็ยังคงพบความชุกของเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างจากประเทศที่สิทธิสตรีน้อยกว่า

อายุ พบว่า อายุที่พบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นในช่วงประมาณ 40 ปี โดยร้อยละ 50 จะเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระหว่างอายุ 20 ถึง 50 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ความชุกหนึ่งปีสูงสุดพบในผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 25 ปี

สถานะ พบว่า ผู้ที่ไม่ได้แต่งงานหรือไม่มีความสัมพันธ์ มีประวัติหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ จะมีโอกาสที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่แต่งงานและอยู่ด้วยกัน

สถานะทางสังคมและวัฒนธรรม พบว่า ผู้ที่มีเชื้อชาติอเมริกันหรือเชื้อชาติผิวขาวมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่า อย่างไรก็ตามการศึกษายังไม่แน่ชัด โดยปัจจุบันไม่พบความแตกต่างระหว่าง สังคมเมืองกับสังคมชนบท เนื่องจากเทคโนโลยีที่มีการเติบโตสามารถพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กันได้ง่ายขึ้น

การศึกษาประสาทชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (Sadock, 2007)

Emil Kraepelin (Hoff, 2015) ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง สมอกร่างกายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่ออธิบายถึงกลไกในการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการอธิบายในหลาย ๆ มิติ จึงได้มีการอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการอธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมองและอาการที่เกิดขึ้น จากการศึกษาสามารถอธิบายกลไกในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าและ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis

จากการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับ HPA axis โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol ที่ผ่านกระบวนการกระตุ้นของกลไกทางระบบประสาทนี้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งฮอร์โมนชนิดนี้ทำให้ร่างกายของมนุษย์เกิดความเครียดตลอดเวลา จากการศึกษาในผู้ที่เสียชีวิตและเคยมีภาวะซึมเศร้าพบว่า สมองส่วน Hypothalamus มีเซลล์ประสาทที่มีการผลิตฮอร์โมนนี้มากกว่าคนปกติ ที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งในการอธิบายว่าบางคนถึงมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังพบในผู้ที่มีความผิดปกติในกลไกอื่น ๆ ได้แก่

- Thyroid axis activity พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 5-10 เคยมีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนไทรอยด์ โดยพบว่า ในผู้ที่มีความผิดปกติไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนที่ชื่อ TSH (Thyroid-stimulating hormone) นั้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20-30 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตอบสนองต่อฮอร์โมนปกติ

- Growth hormone (GH) เป็นสารสื่อประสาทที่มีการหลั่งจากสมองส่วนที่เรียกว่า Anterior pituitary เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสารสื่อประสาท Norepinephrine และ Dopamine

ซึ่งสารสื่อประสาททั้งสองชนิดนี้ถูกยับยั้งโดยฮอร์โมน Somatostatin จากการศึกษาพบว่า ระดับที่ลดลงของ Somatostatin มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock, 2007)

นอกจากสารสื่อประสาทและฮอร์โมนที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นยังมีสารอีกชนิดหนึ่งคือ Growth factor protein ที่ทำหน้าที่ในการรักษาและซ่อมแซมเซลล์ประสาทในสมองเรียกว่า Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) ที่ในการศึกษาพบว่า การลดระดับของสารชนิดนี้ในเซลล์ประสาทอาจสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวช อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนั้นยังจำเป็นต้องการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ต่อไปในอนาคต

2. สารสื่อประสาท (Neurotransmitters)

อย่างที่ได้อธิบายไปแล้วว่าสารสื่อประสาทหลายชนิดสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยในการศึกษาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1950 นักวิจัยค้นพบว่า ระดับสารสื่อประสาทในตัวมนุษย์นั้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงเกิดเป็นทฤษฎีที่ว่าภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างสารสื่อประสาทภายในร่างกาย โดยจากการศึกษาพบสารสื่อประสาทที่มีความสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่

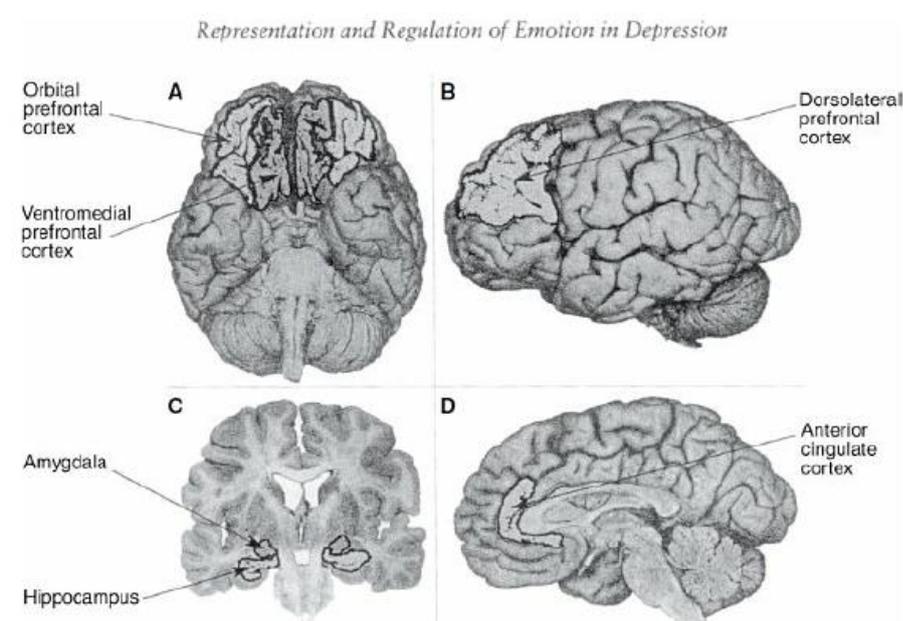
- Norepinephrine เป็นสารสื่อประสาทที่มีหลักฐานว่าเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยสารสื่อประสาทชนิดนี้จะถูกยับยั้งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติที่กระตุ้นผ่าน Receptor ที่ชื่อ Beta-adrenergic receptor การให้ลดระดับการตอบสนองของ Receptor ชนิดนี้จะทำให้ Norepinephrine เพิ่มมากขึ้นและมีผลทำให้ ภาวะซึมเศร้าลดลง
- Serotonin ปัจจุบันยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะเป็นยาที่ช่วยในการเพิ่มระดับของ Serotonin ในร่างกาย และการให้ยาในกลุ่ม Serotonin จะมีความเจาะจงมากกว่าการรักษาด้วยการเพิ่มระดับของ Norepinephrine ในบางวิจัยพบว่า การลดระดับของ Serotonin สัมพันธ์กับการเกิดการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ปัจจุบัน Serotonin จึงเป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างมาก
- Dopamine แม้ว่าบทบาทของ Dopamine ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่เท่ากับ Norepinephrine และ Serotonin อย่างไรก็ตาม การลดระดับของ Dopamine เช่นในกลุ่มที่เป็นโรค Parkinson ก็พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน
- สารสื่อประสาทอื่น ๆ นอกจากสารสามชนิดที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จากการศึกษาในสัตว์ทดลองเองก็พบความสัมพันธ์ระหว่าง สารสื่อประสาท Acetylcholine และ GABA ที่พบว่า ในผู้ที่มีความเครียดตลอดเวลาจะมีระดับสารสื่อประสาททั้งสองลดลงซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาในคนอาจต้องรอข้อมูลสนับสนุนอื่นต่อไป

3. ภูมิคุ้มกันบกพร่องและภาวะซึมเศร้า

ภูมิคุ้มกันบกพร่องบางชนิดสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า การลดลงของเซลล์เม็ดเลือดขาวทำให้ร่างกายมีระดับของฮอร์โมน Cortisol มากขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock, 2007)

4. กายวิภาคของสมองและภาวะซึมเศร้า

ส่วนของสมองที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) Orbital prefrontal cortex และ Ventromedial prefrontal cortex 2) Dorsolateral prefrontal cortex 3) Hippocampus และ Amygdala และ 4) Anterior cingulate cortex



ภาพที่ 8 ส่วนของสมองที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์

ที่มา: Sadock (2007)

การเกิดความผิดปกติ เช่น อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองในส่วนนี้ไม่ดีพอจะทำให้เกิดความผิดปกติการควบคุมอารมณ์และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

5. พันธุกรรม (Genetics)

ภาวะซึมเศร้าสามารถสืบทอดผ่านทางโดยพันธุกรรมโดยพบว่า ผู้ที่มีพ่อหรือแม่เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีแต้มต่อของการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า 2.84 เท่า และจากการศึกษาในแฝดพบว่า แม้แฝดทั้งสองจะมีสภาพแวดล้อมที่ต่างกันก็ตามแต่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีพันธุกรรมยังคงสูงกว่าปกติ (Sadock, 2007)

จิตวิทยาและภาวะซึมเศร้า

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า แพทย์หลายคนคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุหลังของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย จากข้อมูลพบว่า การสูญเสียพ่อแม่ของเด็กในอายุน้อยกว่า 11 ปีจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น ปัจจัยอื่น ๆ จากสภาพแวดล้อมภายนอกเองนั้นก็เป็นตัวเร่งในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อีกปัจจัยที่สำคัญในชีวิตประจำวันนั้นคือ การถูกเลิกจ้างหรือภาวะว่างงานพบว่า จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนที่มีการทำงานถึง 3 เท่า (Sadock, 2007)

บุคลิกส่วนตัว บุคลิกของแต่ละบุคคลไม่ได้เป็นตัวกำหนดหรือว่าคนเหล่านั้นจะมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ การเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนไม่ว่าบุคลิกแบบใดก็ตาม อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ที่มีบุคลิกประเภท ย้ำคิดย้ำทำ นั้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคลิกอื่น ๆ (Sadock, 2007)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีในการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ทฤษฎีด้านชีวภาพ (Biologic theories) และทฤษฎีเชิงจิตวิทยา (Psychosocial theories) โดยในแต่ละทฤษฎีนี้มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีด้านชีวภาพ (Biologic theories)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าการเกิดของภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลพวงมาจากความสัมพันธ์ สารสื่อประสาท Receptor และตัวรับสารอื่น ๆ ในระบบประสาทที่ไม่สมดุล โดยจากที่ได้สรุปมาก่อนหน้านั้น สารสื่อประสาทที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าจะเป็นสารสื่อประสาทประเภท Monoamines ซึ่งจากข้อมูลที่ค้นพบนี้ทำให้หลายคนนำมาตั้งเป็นข้อสมมติฐานเพิ่มเติมอย่างไรก็ตาม สารสื่อประสาทไม่ใช่สาเหตุเดียวที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากร่างกายและระบบประสาทมีความซับซ้อน โดยทฤษฎีด้านชีวภาพมีทฤษฎีอื่น ๆ ที่ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนได้แก่ Brain dysfunction เป็นทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยเน้นที่ส่วนต่าง ๆ ของสมองที่มีการตอบสนองที่เพิ่มขึ้นและลดลงไม่เท่ากัน โดยสมองส่วนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าได้แก่ Amygdala ส่วนของระบบที่เรียกว่า Limbic system ซึ่งช่วยในการส่งสัญญาณเพื่อควบคุมอารมณ์และการตอบสนองด้านพฤติกรรม นอกจากนี้สมองส่วน Hippocampus ที่เชื่อมต่อกับ Amygdala โดยมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ ความจำนั้นหากเกิดความผิดปกติก็อาจควบคุมอารมณ์ได้ยากกว่าคนปกติทั่วไป ความผิดปกติของสมองนั้นนำไปสู่ทฤษฎีอีกชื่อหนึ่งที่เรียกว่า Neurogenesis hypotheses เป็นทฤษฎีที่สนับสนุนว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นจากความผิดปกติของสมอง เช่น เซลล์สมองที่ลดลงในเด็กทารก นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงหลักฐานที่เชื่อได้ว่าความเครียดนั้นมีผลต่อเซลล์สมอง โดยอธิบายว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol ขึ้นมาซึ่งจะไปมีผลต่อการลดการสร้างเซลล์ประสาท ซึ่ง

ตำแหน่งที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุดต่อการที่มีเซลล์ประสาทลดลงคือ Hippocampus เนื่องจากเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำและการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ HPA-axis เสียหาย และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นเป็นเวลาต่อมา นอกจากนี้ยังมีอีกทฤษฎีที่กล่าวถึงความผิดปกติของเซลล์สมองเช่นกันแต่ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลที่เกิดขึ้นจากเหี่ยว (Atrophy) ของเซลล์สมองที่ได้รับการเติบโตแล้วเรียกทฤษฎีนี้ว่า Neuroplasticity hypotheses ซึ่งหลักการจะคล้ายกับทฤษฎีก่อนหน้าที่ความเครียดมีผลต่อการทำให้เซลล์สมองเหี่ยวโดยผ่านกลไกของฮอร์โมน Cortisol

ทฤษฎีเชิงจิตวิทยา (Psychosocial theories)

Freud (1917) และ Abraham (1916) ได้เสนอทฤษฎีที่เรียกว่า Psychodynamic Theories of Depression ซึ่งอธิบายว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเริ่มจาก 1) ความสัมพันธ์ของลูกและแม่ในช่วงที่ ลูกอยู่ระหว่าง oral phase คือช่วงอายุ 10 – 18 เดือน มีปัญหาหลังจากนั้น 2) ผู้ที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถแยกแยะระหว่างความจริงและจินตนาการถึงเรื่องที่มีการสูญเสียไปได้ 3) เกิดการตอบสนองต่อการสูญเสียด้วยการเกิดอารมณ์ที่ไม่มั่นคงและ 4) จนนำมาซึ่งความสับสนของอารมณ์ต่าง ๆ ภายในตนเองและเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า (Haddad, 2008)

Beck (1960) ได้เสนอแนวคิดภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลจากความคิดที่ไม่สามารถควบคุมได้ จึงได้เสนอ ทฤษฎีที่เรียกว่า Cognitive triad of depression ซึ่งความคิดของผู้มีภาวะซึมจะประกอบด้วย 1) ความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) 2) ความคิดทางลบต่อโลก (Negative view of the world) 3) ความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative view of future) (ฉันทรร พิชัยรัตน์เสถียร, 2565)

ในบางคนจะเกิดภาวะซึมเศร้าจากการเรียนรู้ว่าไม่มีอะไรที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เรียกว่า Learned helplessness ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะมีความรู้สึกไม่มีความมั่นใจในตนเอง ทุกปัญหาที่เจออยากที่จะมีทางออก ตนเองไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ (Sadock, 2007)

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความพยายามของมนุษย์ในการที่จะรับรู้ภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เรียกทฤษฎีการเกิดนี้ว่า Evolutionary theory ทำให้การแสดงออกต่าง ๆ นั้นเต็มไปด้วยอคติด้านลบที่จะระแวงระวังมากกว่าปกติจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า (Sadock, 2007)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)

เป็นแบบทดสอบที่ถูกออกแบบเพื่อนำมาใช้ในการคัดกรอง และประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็นแบบทดสอบที่ผู้ประเมินสามารถทำได้ด้วยตนเองถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Spitzer และคณะ จากมหาวิทยาลัย โคโลัมเบียในปี ค.ศ. 1990 โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัท Pfizer

แบบทดสอบประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อโดยแต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 เป็นการถามคำถามอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ทำแบบทดสอบ คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 ถึง 27 ดังภาพที่ 9 หลังจากได้คะแนนรวมแล้วจะนำมาจัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยสามารถจัดระดับความรุนแรงได้ดังตารางที่ 2

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยากหรือนอนหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่ายหรือมีแรงน้อย				
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหวัง				
7. สมาธิไม่ดี เช่น เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความ ตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถ อยู่ นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
> 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับมาก

คะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

ภาพที่ 9 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)

ที่มา: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2563)

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	คะแนน
ปกติ (Normal)	0 - 4
ระดับต่ำ (Mild)	5 - 9
ระดับปานกลาง (Moderate)	10 - 14
ระดับรุนแรง (Severe)	15 - 19
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely severe)	20 - 27

ที่มา: Kroenke (2001)

สำหรับเครื่องมือ PHQ-9 เริ่มศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ 8 แห่งคลินิกทั่วไปอีก 7 แห่ง โดยพบว่า ผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 10 ขึ้นไปนั้น Sensitivity ร้อยละ 88 และ Specificity ร้อยละ 88 สำหรับโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมี Reliability และ Validity สูง จากการศึกษาในประชากรสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกันพบว่า ค่า Cronbach alphas ของประชากรทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 580 คนนั้นพบว่า ผู้ที่ทำแบบทดสอบแล้วได้คะแนนมากกว่า 10 มีโอกาสมากกว่า 7 ถึง 13.6 เท่าที่จะถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าอย่างไรก็ตาม ในผู้ที่ทำแบบทดสอบแล้วได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 มีโอกาสน้อยกว่า 1 ใน 25 ที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้า (Kroenke, 2001). แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือ PHQ-9 นั้นเหมาะสำหรับการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่สามารถระบุความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างแม่นยำ

การป้องกันภาวะซึมเศร้า

Cuijpers (2021) ได้ทำการศึกษาวิธีการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วย Psychological intervention ด้วย การทบทวนวรรณกรรมกลุ่มงานการศึกษาแบบ Randomized controlled trials พบว่า จากงานวิจัยจำนวน 50 งานวิจัย อาสาสมัคร 14,665 คน การศึกษาส่วนใหญ่เป็น Cognitive behavioral interventions สามารถลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยมี RR = 0.81 (95% CI: 0.72-0.91) มีเพียง ร้อยละ 19 ของผู้ที่ได้รับการบำบัดเท่านั้นที่เกิดภาวะซึมเศร้า ขณะที่ในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30 ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นกลุ่มอาการที่ป้องกันได้และสามารถป้องกันได้โดยการให้ Cognitive behavioral interventions ในผู้ที่มีความเสี่ยง (Cuijpers et al., 2021)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นแขนงหนึ่งของจิตบำบัดซึ่งเป็นการบำบัดปัญหาทางจิตที่ประกอบด้วยผู้บำบัด (Therapist) คนไข้ (Client) และความสัมพันธ์ในการบำบัด (Therapeutic relationship) (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2565) เป็นจิตบำบัดที่มีการนำเอาทฤษฎีการรับรู้ความคิด (Cognitive theory) และทฤษฎีการเรียนรู้พฤติกรรม (Behavior theory) ที่อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายที่แก้ไขที่ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3 (พนม เกตุมาน, 2562)

แนวคิดของ Behavior therapy นั้นเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นภายในของจิตใจมนุษย์ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง (Not directly observable) การพิสูจน์ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์จึงไม่สามารถทำได้ จึงได้มีการนำกระบวนการที่ศึกษาเกี่ยวกับ Behavior therapy คือการให้ความสำคัญกับสิ่งที่สังเกตได้ (Observable) และวัดได้ (Measurable) นั่นคือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนอง จากการศึกษาเหล่านี้จึงทำให้เกิดการศึกษาใหม่นั้นคือการศึกษาว่ามนุษย์นั้นเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นอย่างไร (Learning theory) (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2565)

Beck จิตแพทย์อเมริกันได้เสนอทฤษฎีโดยศึกษาจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเชื่อว่า โรคทางอารมณ์นั้นเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากความคิด (Thinking disorder) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบี้ยว (Cognitive distortion) โดยความคิดนี้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (Automatic thought) ที่เกิดขึ้นมาโดยไม่ตั้งใจในความคิดสุดท้ายจึงได้สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความคิด เรียกว่า “Cognitive theory of depression” จนกลายมาเป็นที่มาของการบำบัดเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) ในเวลาต่อมา นอกจากนี้ Beck ยังได้เสนอทฤษฎีที่เรียกว่า Cognitive specify โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์แต่ละอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์นั้นจะมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการคิดที่จำเพาะ Cognitive theme หลังจากนั้นจึงได้เกิดการผสมผสานระหว่างแนวคิด Behavior therapy และ Cognitive therapy จนเกิดเป็น Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ขึ้นมา (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2565)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

ความคิด	ความรู้สึก	พฤติกรรม
ฉันไม่สามารถพูดหน้าชั้นได้	ตื่นเต้น กลัวเวลาพูดต่อหน้าคนอื่น	มือสั่น ใจสั่น พูดไม่ออก
ฉันต้องทำให้ทุกคนพอใจ	ไม่มั่นใจเวลาเจอคน	พยายามเอาใจทุกคน
ฉันเป็นคนไม่ดี ผิด ไร้ค่า	เศร้า ท้อแท้ เบื่อชีวิต	ฆ่าตัวตาย

ที่มา: พนม เกตุมาน (2562)

WHO and ILO (2022) ได้กล่าวว่า Cognitive Behavioral Therapy (CBT) สามารถช่วยลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล สำหรับป้องกันผู้มีอาการของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ได้เป็นโรค (Melvyn, 2022)

Cuijpers et al. (2021) ได้กล่าวว่าการใช้ Psychological intervention เพื่อลดระดับความวิตกกังวล จำนวน 29 งานวิจัย อาสาสมัคร 10,430 คน จาก 11 ประเทศ พบว่า สามารถลดระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (Patricia Moreno-Peral et al., 2017) ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมการงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลในการใช้ Psychological intervention เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า จำนวน 50 งานวิจัย อาสาสมัคร 14665 คน ที่มีความเสี่ยงสูงนั้น พบว่า สามารถลดระดับความเสี่ยงของการเกิด โรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัด 0.81 เท่า (95% CI: 0.72–0.91)

Luangphituck (2023) ได้ทำการศึกษาดูด้วยการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยประเภท Randomized controlled trial (RCT) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ CBT โดยมีการบำบัดผ่านทางอินเทอร์เน็ต 12 งานวิจัยพบว่า การใช้ CBT ผ่านทางอินเทอร์เน็ตสามารถช่วยลดระดับอาการที่เกิดขึ้นจาก ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด การนอนไม่หลับ ได้ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำการบำบัดและมีอาการ

Kuribayashi (2019) ได้ทำการวิจัยชนิด RCT เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Internet-based Cognitive Behavioral Therapy: iCBT) เพื่อช่วยลดระดับของอาการภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การทำ iCBT เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์โดยให้อาสาสมัครเปิดดูสื่อการสอนในระบบอินเทอร์เน็ต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นศาสตร์หนึ่งของการบำบัดด้านสุขภาพจิต โดยมีผลที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้บำบัด ซึ่งเชื่อว่า ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออกมานั้นสัมพันธ์กัน การศึกษานั้นมุ่งเน้นไปที่การบำบัดเพื่อการรักษา แต่ในปัจจุบันพบว่า การบำบัดสามารถป้องกันเพื่อลดอาการของภาวะสุขภาพจิตได้ด้วยเช่นกันโดยเฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการศึกษามีเพียงในพยาบาลเท่านั้น แต่ไม่เคยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ช่วยพยาบาลมาก่อน โดยเฉพาะในประเทศไทย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความหมายของความพึงพอใจและแนวคิดที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ

พัฒนา พรหมณี (2563) ได้กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นพฤติกรรมภายใน ที่ไม่สามารถแสดงออกมาให้เห็นได้ชัดเจน แต่ สามารถรับรู้ได้จากการสังเกต การสอบถาม เพื่อ สืบให้รับรู้ได้ อาจตรงตามความรู้สึก ตรงตามความ พึงพอใจจริงหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) พึงพอใจ หมายถึง รัก ชอบใจ และพึงใจ หมายถึง พอใจ ชอบใจ

สง่า ภูณรงค์ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย หรือเป็นความรู้สึกขั้นสุดท้ายที่ได้รับ ผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

กิติมา บริดีติลล (2529) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือพอใจที่มีต่อองค์ประกอบและสิ่งจูงใจในด้านต่าง ๆ เมื่อได้รับการตอบสนอง

ประกายดาว ดำรงพันธ์ (2536) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกทางบวกและ ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้เป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่น ๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับความสุขสามารถทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความสุขเป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อน และความสุขนี้จะมีผลต่อบุคคลมากกว่าความรู้สึกในทางบวกอื่น ๆ

วิชัย เหลืองธรรมชาติ (2531) กล่าวว่า แนวคิดความพึงพอใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความต้องการของมนุษย์ได้รับการตอบสนอง ซึ่งมนุษย์ไม่ว่าอยู่ในที่ใด ย่อมมีความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ต่างกัน

พิทักษ์ ตรุษทิม (2538) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นปฏิกิริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่แสดงผลออกมาในลักษณะของผลลัพธ์สุดท้าย ของกระบวนการประเมิน โดยบ่งบอก

ทิศทางของผลการประเมินว่าเป็นไปในลักษณะทิศทางบวกหรือทิศทางลบหรือไม่มีปฏิกิริยาคือเฉย ๆ
ต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่มีมากระตุ้น

จากความหมายทั้งหมด ความพึงพอใจคือความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ชอบ รัก พึงใจ ที่เกิด
จากการถูกตอบสนองความต้องการ ขณะที่แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น
จากสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ตอบสนองต่อความต้องการจนทำให้เกิดความรู้สึกด้านบวก



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม (Quasi-experimental study: one groups) เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี และเพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลใช้แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของ Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม CBT ในการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ช่วยพยาบาลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี ที่มีอาการด้านสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล) รวม 38 คน (ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 1-8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567)

กลุ่มตัวอย่าง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมซึ่งจะมีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าแอลฟา (α) 0.05 ใช้ค่า Power ($1-\beta$) เป็น 0.8 และ Effect size จากการทบทวนวรรณกรรม คือ 0.5 (Hansen, 2022) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (Total sample size) 32 คน ผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยเรียงลำดับผู้สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยตามลำดับก่อน-หลัง ตั้งแต่ลำดับที่ 1 ถึง ลำดับสุดท้าย และใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่ม จากประชากรจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครบตามที่คำนวณ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาและคัดออกจากการศึกษาดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีสัญชาติไทย และมีอายุระหว่าง 20-60 ปี
2. เป็นบุคคลที่ร่างกายแข็งแรง
3. ไม่เป็นโรคทางจิตเวชที่วินิจฉัยโดยแพทย์ และไม่มีการใช้ยาทางจิตเวชที่จ่ายโดยแพทย์หรือจิตแพทย์
4. มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี
5. ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช หรือ มีการใช้ยาทางจิตเวชหลังจากเข้าร่วมการวิจัย
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามรูปแบบที่กำหนดไว้
3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบหรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้
4. ลาออกจากงานในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย
5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกการบำบัดความคิดและพฤติกรรมถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้าหรือชี้แจงเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้อ้างอิงจากการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาจัดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับผู้ช่วยพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความแบบปลายปิดและปลายเปิด รวมจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะงาน รายได้ เวลาการอยู่เวร (จำนวนเวรต่อเดือน) และ อายุงาน

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (DASS-21) ฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างโดย Lovibond and Lovibond (1995) พัฒนาและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย Sawang et al. (2013) โดยการตอบคำถาม ในแต่ละข้อจะใช้

มาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ใช้เกณฑ์การประเมินตามเอกสารของ Sawang et al. (2013)

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นลักษณะปลายเปิด จำนวน 18 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: วิดีโอโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ส่วนที่ 2: แบบบันทึกความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3: แบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง (Self-formulation)

ส่วนที่ 4: แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Cognitive reconstruction)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) เพื่อการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบเนื้อหาความถูกต้องความเหมาะสมของ ภาษาที่ใช้และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นและให้ คะแนนเป็นรายชื่อในประเด็นที่ใช้ถามแล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of item-objective congruence (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร ดังนี้

ให้คะแนน +1 = ข้อคำถามนั้นตรงหรือสอดคล้องกับตัวแปร/จุดประสงค์ที่ระบุไว้ (เห็นด้วย)

ให้คะแนน 0 = ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าตรงหรือสอดคล้อง กับตัวแปร/ จุดประสงค์ที่ระบุไว้ (ไม่แน่ใจ)

ให้คะแนน -1 = ข้อคำถามนั้นไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับตัวแปร/ จุดประสงค์ที่ระบุไว้ (ไม่เห็นด้วย) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้มีค่าระหว่าง 0.5-1.0 ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำ

การรวบรวมข้อมูลมีความตรง ซึ่งมีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ค่าความเหมาะสมของเนื้อหา

R คือ คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ซึ่งเมื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วพบว่า แต่ละข้อคำถามมีค่าตรงกับความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อมากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ

การออกแบบโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) โดยประยุกต์จากวิธีการและรูปแบบโปรแกรมของ Kuribayashi (2019) ที่ใช้หลักการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Internet-based Cognitive Behavioral Therapy) ในการลดระดับภาวะซึมเศร้าสำหรับพยาบาลในประเทศไทย โดยได้มีการดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา นอกจากนี้การออกแบบ CBT และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องยังได้พิจารณาความตรงของเนื้อหาโปรแกรม โดยผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตบำบัด 1 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) ซึ่งพบว่า มีความตรงของเครื่องมือ ที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อและหลังจากผ่านการรับรองจะมีการเซ็นรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการอบรม ความรู้ทางจิตวิทยาเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) หัวข้อ: Cognitive Behavioral Therapy: The Gold Standard for Depression and Anxiety ประจำปี พ.ศ. 2566 โดย คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ดังนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินงานกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งผลิตสื่อที่จะใช้ในการบำบัดด้วยตนเอง รวมทั้งมอบหมายการบ้านโดยให้ทำแบบบันทึกเพื่อฝึกทักษะในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยรายละเอียดของกิจกรรมมีดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยสำรวจผู้ช่วยพยาบาลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี ที่มีอาการด้านสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่าง และนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรม โดยครั้งแรกจะเป็นการพบกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างโดยตรง (Face to face) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและกิจกรรมที่จะดำเนินการและเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน DASS-21 หลังจากนั้นผู้วิจัยจะแจกคู่มือรายละเอียดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และวิธีการเข้าใช้งานผ่านกลุ่ม Open chat ของแอปพลิเคชัน Line และการเข้าไปดูวิดีโอออนไลน์รวมถึงการทำแบบทดสอบต่าง ๆ ผ่านลิงก์ใน Google form โดยรูปแบบกิจกรรมนั้นแบ่งเป็น 3 Sessions มีรายละเอียดดังนี้

Session ที่ 1 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงการป้องกันด้วยวิธีการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยจะส่งลิงก์ Google forms ที่แนบวิดีโอความยาว 10 นาที ลงในกลุ่ม Open chat ของแอปพลิเคชัน Line ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรมการบำบัด หลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับมอบหมายให้ทำการบ้านโดยเป็นแบบบันทึกความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวันโดยให้ส่งภายในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 1 ในระบบ ลิงก์ Google forms

Session ที่ 2 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งวิดีโอ สอนการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive reconstructing) ส่วนที่ 1 ผ่านลิงก์ Google forms ที่แนบวิดีโอความยาว 10 นาที ลงในกลุ่ม Open chat ของแอปพลิเคชัน Line ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 2 หลังสิ้นสุดบทเรียน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับมอบหมายให้ทำการบ้านโดยเป็นแบบบันทึกความคิดอัตโนมัติและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและแบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง (Self-formulation) โดยให้ส่งภายในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 2 ในระบบ ลิงก์ Google forms หลังจากสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ของการทำวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน DASS-21 เพื่อวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ส่งการบ้านผู้วิจัยจะเข้าไปสอบถามและขอความร่วมมืออีกครั้ง

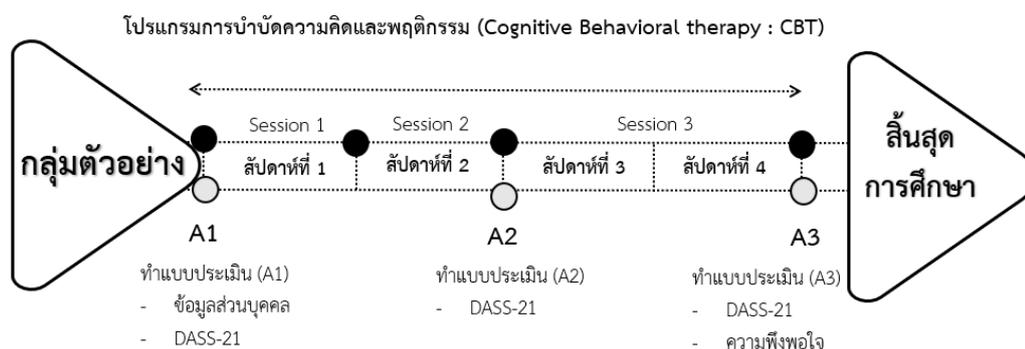
Session ที่ 3 ผู้วิจัยจะส่งวิดีโอ สอนการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive reconstructing) ส่วนที่ 2 ผ่านลิงก์ Google forms ที่แนบวิดีโอความยาว 10 นาที ลงในกลุ่ม Open chat ของแอปพลิเคชัน Line ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 3 หลังสิ้นสุดบทเรียน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับมอบหมายให้ทำการบ้านโดยเป็นแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ โดยให้ส่งภายในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 4 ในระบบ Google forms หลังจากสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ของการทำวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน DASS-21 เพื่อวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสรุปผลกิจกรรม และประเมินความพึงพอใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งในกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนเก็บข้อมูลได้มีการอธิบายหลักการ และช่วงเวลาที่มีการเก็บให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ สำหรับการดำเนินการวิจัยนี้เป็นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยมีการสอนทั้งหมด 3 Sessions ครั้งละ 1 สัปดาห์ การเก็บข้อมูลประกอบด้วย ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม ระหว่างดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรมรวมทั้งหมด มีรายละเอียดดังนี้

- ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมจะเป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน DASS-21 ในกลุ่มตัวอย่าง

- ระหว่างดำเนินกิจกรรม จะมีการบ้านที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ทางผู้วิจัยได้มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 3 ครั้งและมีการวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน DASS-21 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของการวิจัย
- หลังดำเนินกิจกรรมจะมีการเก็บข้อมูลระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน DASS-21 ครั้งสุดท้าย และประเมินความพึงพอใจหลังดำเนินกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 4) โดยทั้งหมดมีรายละเอียดดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 รายละเอียดรูปแบบการวิจัยแบบ Quasi-experimental: One group
ที่มา: ภัทรภณ แจ่มมิน (2566)

คำอธิบายศัพท์

A1 หมายถึง ก่อนเริ่มการศึกษากลุ่มตัวอย่างจะทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถาม DASS-21 ฉบับภาษาไทย

A2 หมายถึง หลังจากสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ของการทำวิจัย ผู้วิจัยจะ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน DASS-21 เพื่อวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

A3 หมายถึง หลังสิ้นสุดการศึกษา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะทำแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ และทำประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถาม DASS-21 ฉบับภาษาไทยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม CBT ในการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

แผนการดำเนินกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมตามรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรม	สัปดาห์			
	1	2	3	4
Session ที่ 1 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงการป้องกันด้วยวิธีการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม				
Session ที่ 2 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งวิดีโอ สอนการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ส่งการบ้านผู้วิจัยจะเข้าไปสอบถามและขอความร่วมมืออีกครั้ง				
Session ที่ 3 ผู้วิจัยจะส่งวิดีโอ สอนการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) ส่วนที่ 2				
หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรม ประเมินความพึงพอใจ และทำแบบทดสอบ DASS-21				

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 2 แห่งได้แก่ คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ G-HS107/2566(C1) เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2567 และโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2567 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัยโดยการเข้าร่วมให้เป็นที่ไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการนำเสนอข้อมูลของงานวิจัยเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการระบุตัวตนและสร้างผลกระทบต่อการทำงานของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และระดับความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การใช้ Paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีก่อนหลังและการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) โดยทำการศึกษาในผู้ช่วยพยาบาลที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 32 คน ทำการศึกษาในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยรวมถึงแปลผลการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 32)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	96.9
ชาย	1	3.1
อายุ (ปี)		
21 – 30	12	37.5
31 – 40	8	25.0
41 – 50	7	22.6
51 – 60	4	12.9
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	36.50	\pm 11.28

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 32)	จำนวน	ร้อยละ
อายุงาน (ปี)		
1 – 10	20	62.5
11 – 20	3	9.4
21 – 30	6	18.8
31 – 40	3	9.4
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.78	\pm 11.67
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	43.8
อนุปริญญา	8	25.0
ปริญญาตรี	7	21.9
อื่น ๆ ได้แก่ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปริญญาโท	2	6.3
สถานภาพสมรส		
สมรส	12	37.5
โสด	17	53.1
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	3	9.4
รายได้		
เพียงพอ	12	37.5
ไม่เพียงพอ	20	62.5
ลักษณะงาน		
ทำงานสลับกะ	28	87.5
ทำงานประจำเฉพาะกะเช้า	4	12.5
จำนวนเวรต่อเดือน		
\leq 10 เวิร์	1	3.1
11 – 20 เวิร์	13	40.6
21 – 30 เวิร์	16	50.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 32)	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเวรต่อเดือน		
> 30 เвр	2	6.3
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.75	\pm 5.59
โรคประจำตัว		
ไม่มี	25	78.1
มี	7	21.9

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.9 และมีอายุเฉลี่ย 36.50 ± 11.28 ปี โดยมีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 25.0 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือสมรส ร้อยละ 37.5 สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43.8 รองลงมาคืออนุปริญญา ร้อยละ 25.0 ขณะที่จบปริญญาตรี ร้อยละ 21.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.5 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 37.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.1 แต่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.9

ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือมีอายุงานระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ทำงานสลับกะ ร้อยละ 87.5 และทำงานประจำเฉพาะกะเช้า ร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเวรต่อเดือนเฉลี่ย 23 เвр โดยที่ส่วนใหญ่มี 21-30 เвр ร้อยละ 50 รองลงมาคือ 11-20 เвр ร้อยละ 13

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกภาวะซึมเศร้ารายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับภาวะซึมเศร้า				คะแนนเฉลี่ยรายช้อ
	ไม่ตรง เลย	เกิดขึ้นเป็น บางครั้ง	เกิดขึ้น บ่อย	มากหรือเกิดขึ้น บ่อยมากที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. รู้สึกไม่ดีขึ้นเลย หลังที่ได้พักผ่อนใน ระหว่างวัน	6 (18.8)	16 (50.0)	8 (25.0)	2 (6.3)	1.19
2. รู้สึกว่ามันยากที่จะ คิดริเริ่มทำอะไรบางสิ่ง ด้วยตัวเอง	5 (15.6)	21 (65.6)	5 (15.6)	1 (3.1)	1.06
3. รู้สึกว่าไม่มี เป้าหมาย	8 (25.0)	17 (53.1)	6 (18.8)	1 (3.1)	1.00
4. รู้สึกว่าจิตใจเหงา หงอยและเศร้าซึม	5 (15.6)	20 (62.5)	6 (18.8)	1 (3.1)	1.09
5. ไม่รู้สึก กระตือรือร้นต่อสิ่งใด	7 (21.9)	19 (59.4)	4 (12.5)	2 (6.3)	1.03
6. รู้สึกเป็นคนไม่มี คุณค่า	11 (34.4)	16 (50.0)	4 (12.5)	1 (3.1)	0.84
7. รู้สึกว่าชีวิตไม่มี ความหมาย	11 (34.4)	18 (56.3)	2 (6.3)	1 (3.1)	0.78

จากตารางที่ 6 เมื่อจำแนกลักษณะอาการภาวะซึมเศร้ารายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70.0 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีอาการภาวะซึมเศร้าเป็นบางครั้งรวมกับเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- รู้สึกว่าจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม ร้อยละ 81.3
- รู้สึกว่ามึนยากที่จะคิดริเริ่มทำอะไรบางอย่างด้วยตัวเอง ร้อยละ 81.3
- รู้สึกไม่ดีขึ้นเลยหลังจากที่ได้พักผ่อนในระหว่างวัน ร้อยละ 75.0
- ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด ร้อยละ 71.9
- รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย ร้อยละ 71.9

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกภาวะซึมเศร้ารายข้อหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับภาวะซึมเศร้า				
	ไม่ตรง	เกิดขึ้นเป็น	เกิดขึ้น	มากหรือเกิดขึ้น	คะแนน
	เลย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมากที่สุด	เฉลี่ยรายข้อ
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. รู้สึกไม่ดีขึ้นเลยหลัง ที่ได้พักผ่อนในระหว่าง วัน	18 (56.3)	12 (37.5)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.50
2. รู้สึกว่ามึนยากที่จะ คิดริเริ่มทำอะไรบางสิ่ง ด้วยตัวเอง	14 (43.8)	14 (43.8)	3 (9.4)	1 (3.1)	0.72
3. รู้สึกว่าไม่มี เป้าหมาย	19 (59.4)	10 (31.3)	2 (6.3)	1 (3.1)	0.53
4. รู้สึกว่าจิตใจเหงา หงอยและเศร้าซึม	17 (53.1)	13 (40.6)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.53
5. ไม่รู้สึกกระตือรือร้น ต่อสิ่งใด	20 (62.5)	10 (31.3)	1 (3.1)	1 (3.1)	0.47
6. รู้สึกเป็นคนไม่มี คุณค่า	25 (78.1)	6 (18.8)	0 (0.0)	1 (3.1)	0.28
7. รู้สึกว่าชีวิตไม่มี ความหมาย	28 (87.5)	2 (6.3)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.19

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในแต่ละหัวข้อลดลงทุกหมวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า ร้อยละ 40.0 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีอาการภาวะซึมเศร้าเป็นบางครั้งรวมทั้งเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย ร้อยละ 37.5
- ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด ร้อยละ 34.4
- รู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า ร้อยละ 18.8
- รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ร้อยละ 12.5

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกภาวะซึมเศร้ารายข้อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับภาวะซึมเศร้า				คะแนนเฉลี่ยรายข้อ
	ไม่ตรงเลย	เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	เกิดขึ้นบ่อย	มากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. รู้สึกไม่ดีขึ้นเลยหลังที่ได้พักผ่อนในระหว่างวัน	20 (62.5)	11 (34.4)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.41
2. รู้สึกว่ามันยากที่จะคิดริเริ่มทำอะไรบางสิ่งด้วยตัวเอง	14 (43.8)	17 (53.1)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.59
3. รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย	17 (53.1)	13 (40.6)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.53
4. รู้สึกว่าจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม	17 (53.1)	14 (43.8)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.50
5. ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด	18 (56.3)	14 (43.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.44
6. รู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า	27 (84.4)	5 (15.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.16
7. รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	25 (78.1)	7 (21.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.22

จากตารางที่ 8 พบว่า หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในแต่ละหัวข้อลดลงทุกหมวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 50.0 ขึ้นไปที่ตอบว่าไม่ตรงเลยในเรื่อง

- รู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า	ร้อยละ 84.4
- รู้สึกว่าไม่มีความหมาย	ร้อยละ 78.1
- รู้สึกไม่ดีขึ้นหลังที่ได้พักผ่อนระหว่างวัน	ร้อยละ 62.5
- ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด	ร้อยละ 56.3
- รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย	ร้อยละ 53.1
- รู้สึกว่าจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม	ร้อยละ 53.1

ตารางที่ 9 ระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนใช้โปรแกรม		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	5	15.6	25	78.1	26	81.3
ต่ำ	12	37.5	4	12.5	3	9.4
ปานกลาง	11	34.4	1	3.1	3	9.4
รุนแรง	3	9.4	1	3.1	0	0.0
รุนแรงที่สุด	1	3.1	1	3.1	0	0.0
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.47 \pm 0.98		1.41 \pm 0.95		1.28 \pm 0.63	
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 - 5		1 - 5		1 - 3	

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ก่อนใช้โปรแกรม CBT พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศรียรระดับต่ำ ร้อยละ 37.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.4 และมีระดับปกติเพียง ร้อยละ 15.6 เท่านั้น มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.47 \pm 0.98 และเมื่อผ่านไป 2 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับปกติ ร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 12.5 มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 \pm 0.95 และเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ พบว่า มีระดับปกติ ร้อยละ 81.3 และไม่มีระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด (ร้อยละ 0.0 และ ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกความวิตกกังวลรายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับความวิตกกังวล				คะแนนเฉลี่ยรายข้อ
	ไม่ตรงเลย	เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	เกิดขึ้นบ่อย	มากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. มีอาการปากแห้ง	6 (18.8)	16 (50.0)	5 (15.6)	5 (15.6)	1.28
2. มีอาการหายใจลำบาก (เช่น หายใจเร็วเกินไป หรือหายใจไม่ออก ทั้งที่ไม่ได้ออกแรงร่างกาย)	12 (37.5)	15 (46.9)	3 (9.4)	2 (6.3)	0.84
3. มีอาการสั่น เช่น ที่มือทั้งสองข้าง	17 (53.1)	12 (37.5)	2 (6.3)	1 (3.1)	0.59
4. รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยไม่ได้คิด	8 (25.0)	20 (62.5)	3 (9.4)	1 (3.1)	0.91
5. มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	13 (40.6)	16 (50.0)	3 (9.4)	0 (0.0)	0.69
6. รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกแรง เช่น รู้ถึงอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นหรือการหยุดเต้นของหัวใจ	15 (46.9)	13 (40.6)	3 (9.4)	1 (3.1)	0.69
7. รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล	13 (40.6)	17 (53.1)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.66

จากตารางที่ 10 เมื่อจำแนกลักษณะอาการความวิตกกังวลรายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 50.0 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีความวิตกกังวลเป็นบางครั้งรวมกับเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัว ร้อยละ 71.9
- อาการหายใจลำบาก ร้อยละ 59.4
- มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก ร้อยละ 59.4

- รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 59.4
- มีอาการปากแห้ง ร้อยละ 56.3
- รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 50.0

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกความวิตกกังวลรายข้อหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับความวิตกกังวล				คะแนนเฉลี่ย รายข้อ
	ไม่ตรงเลย	เกิดขึ้น เป็น บางครั้ง	เกิดขึ้น บ่อย	มากหรือ เกิดขึ้นบ่อย มากที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. มีอาการปากแห้ง	20 (62.5)	10 (31.3)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.44
2. มีอาการหายใจลำบาก (เช่น หายใจเร็วเกินไป หรือหายใจไม่ออก ทั้งที่ไม่ได้ออกแรงร่างกาย)	21 (65.6)	10 (31.3)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.38
3. มีอาการสั่น เช่น ที่มือทั้งสองข้าง	22 (68.8)	9 (28.1)	0 (0.0)	1 (3.1)	0.37
4. รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยไม่ได้คิด	17 (53.1)	13 (40.6)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.53
5. มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	25 (78.1)	7 (21.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.22
6. รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย เช่น รู้ถึงอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น หรือการหยุดเต้นของหัวใจ	22 (68.8)	8 (25.0)	1 (3.1)	1 (3.1)	0.41
7. รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล	26 (81.3)	5 (15.6)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.19

จากตารางที่ 11 หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า ร้อยละ 40.0 ที่ตอบว่ามีความวิตกกังวลเป็นบางครั้งรวมกับเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- มีอาการปากแห้ง ร้อยละ 37.5
- อาการหายใจลำบาก ร้อยละ 34.3
- รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 28.1
- มีอาการมือสั่น ร้อยละ 28.1
- มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก ร้อยละ 21.9
- รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 18.8

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกความวิตกกังวลรายข้อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับความวิตกกังวล				คะแนนเฉลี่ยรายข้อ
	ไม่ตรงเลย	เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	เกิดขึ้นบ่อย	มากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. มีอาการปากแห้ง	17 (53.1)	14 (43.8)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.50
2. มีอาการหายใจลำบาก (เช่น หายใจเร็วเกินไป หรือหายใจไม่ออก ทั้งที่ไม่ได้ออกแรงร่างกาย)	20 (62.5)	12 (27.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.37
3. มีอาการสั่น เช่น ที่มือทั้งสองข้าง	25 (78.1)	7 (21.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.22
4. รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยไม่ได้คิด	22 (68.8)	9 (28.1)	1 (3.1)	0 (0.0)	0.34
5. มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	26 (81.3)	6 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.19

ตารางที่ 12 (ต่อ)

รายการคำถาม (n = 32)	ระดับความวิตกกังวล				คะแนนเฉลี่ย รายข้อ
	ไม่ตรงเลย	เกิดขึ้นเป็น บางครั้ง	เกิดขึ้น บ่อย	มากหรือ เกิดขึ้นบ่อย มากที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
6. รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจใน ตอนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย เช่น รู้ถึง อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น หรือการหยุดเต้นของหัวใจ	21 (65.6)	9 (28.1)	2 (6.3)	0 (0.0)	0.41
7. รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล	28 (87.5)	4 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.13

จากตารางที่ 12 พบว่า หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของความวิตกกังวลในแต่ละหัวข้อลดลงทุกหมวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 60.0 ขึ้นไปที่ตอบว่าไม่ตรงเลยในเรื่อง

- รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 87.5
- มีอาการคล้ายกับอาการหัวใจวิตก ร้อยละ 81.3
- มีอาการมือสั่น ร้อยละ 78.1
- รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่นกลัว ร้อยละ 68.8
- รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 65.6
- อาการหายใจลำบาก ร้อยละ 62.5

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความวิตกกังวล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนใช้โปรแกรม		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	7	21.9	26	81.3	27	84.4
ต่ำ	7	21.9	3	9.4	2	6.3
ปานกลาง	15	46.9	0	0.0	2	6.3
รุนแรง	1	3.1	2	6.3	1	3.1
รุนแรงที่สุด	2	6.3	1	3.1	0	0.0

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาความรุนแรงของระดับความวิตกกังวลพบว่า ก่อนใช้โปรแกรม CBT กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9 ระดับต่ำ ร้อยละ 21.9 และมีระดับปกติ ร้อยละ 21.9 เท่ากัน มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.50 ± 1.08 และเมื่อผ่านไป 2 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับปกติ ร้อยละ 81.3 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 9.4 มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 ± 1.01 และเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ พบว่า มีระดับปกติ ร้อยละ 84.4 รองลงมามีระดับต่ำและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 6.3 และไม่มีระดับรุนแรงที่สุด (ร้อยละ 0.0)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์

	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2	p-value
ระดับภาวะซึมเศร้า	2.47 ± 0.98	1.41 ± 0.95	< 0.001
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1 - 5	1 - 5	

ตารางที่ 14 (ต่อ)

	ก่อนใช้ โปรแกรม	หลังเข้าร่วม โปรแกรม สัปดาห์ที่ 2	<i>p</i> -value
ระดับความวิตกกังวล	2.50 ± 1.08	1.40 ± 1.01	< 0.001
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 - 5	1 - 5	

จากตารางที่ 14 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (*p*-value < 0.001 และ *p*-value < 0.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์

	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4	<i>p</i> -value
ระดับภาวะซึมเศร้า	2.47 ± 0.98	1.28 ± 0.63	< 0.001
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 - 5	1 - 3	
ระดับความวิตกกังวล	2.50 ± 1.08	1.28 ± 0.72	< 0.001
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 - 5	1 - 5	

จากตารางที่ 15 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (*p*-value < 0.001 และ *p*-value < 0.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ กับหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์

	หลังเข้าร่วม โปรแกรมสัปดาห์ ที่ 2	หลังเข้าร่วม โปรแกรมสัปดาห์ ที่ 4	p-value
ระดับภาวะซึมเศร้า	1.41 ± 0.95	1.28 ± 0.63	0.500
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 - 5	1 - 3	
ระดับความวิตกกังวล	1.40 ± 1.01	1.28 ± 0.72	0.280
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 - 5	1 - 5	

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลง แต่ค่าเฉลี่ยทั้งสองค่าไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจรายชื่อหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

หัวข้อการประเมิน (n = 32)	ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ด้านวิทยากร					
1. การเตรียมความพร้อม ของ วิทยากร	7 (21.2)	21 (65.6)	3 (9.1)	1 (3.1)	0 (0.0)
2. การถ่ายทอดของวิทยากร	8 (25.0)	20 (62.5)	4 (12.1)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน (n = 32)	ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
3. อธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน ตรง ประเด็น	8 (25.0)	19 (59.4)	5 (15.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจ ง่าย	8 (25.0)	18 (56.3)	6 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. การตอบคำถามของวิทยากร	8 (25.0)	20 (62.5)	4 (12.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
ด้านรูปแบบของโปรแกรม					
1. ช่องทางที่ใช้ในการฝึก เหมาะสม	8 (25.0)	10 (31.3)	13 (40.6)	1 (3.1)	0 (0.0)
2. ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม	8 (25.0)	8 (25.0)	15 (46.9)	1 (3.1)	0 (0.0)
ด้านสื่อที่ใช้ในโปรแกรม					
1. วิดีโอในการฝึกเหมาะสม	9 (28.1)	20 (62.5)	2 (6.3)	1 (3.1)	0 (0.0)
2. แบบบันทึกการฝึกเหมาะสม	8 (25.0)	11 (34.4)	12 (37.5)	1 (3.1)	0 (0.0)
ด้านเนื้อหาของโปรแกรม					
1. เนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล	9 (28.1)	19 (59.4)	4 (12.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	9 (28.1)	19 (59.4)	3 (9.1)	1 (3.1)	0 (0.0)
3. เนื้อหาฝึกการปรับเปลี่ยน ความคิด	10 (31.3)	19 (59.4)	3 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
ด้านการนำไปใช้					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไป ประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ใน ชีวิตประจำวัน	8 (25.0)	19 (59.4)	4 (12.1)	1 (3.1)	0 (0.0)
2. ตระหนักและสามารถจัดการ กับความวิตกกังวลได้	9 (28.1)	18 (56.3)	4 (12.1)	1 (3.1)	0 (0.0)
3. ตระหนักและสามารถลดภาวะ ซึมเศร้าได้	9 (28.1)	17 (53.1)	9 (28.1)	1 (3.1)	0 (0.0)

ตารางที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน (n = 32)	ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
4. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ ถ่ายทอดหรือ สามารถให้คำปรึกษา แก่เพื่อนร่วมงานได้	8 (25.0)	8 (25.0)	15 (46.9)	1 (3.1)	0 (0.0)
ด้านภาพรวมของโปรแกรม					
1. โดยรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมการบำบัดความคิดและ พฤติกรรม	5 (15.6)	22 (68.8)	5 (15.6)	0 (0.0)	0 (0.0)

จากตารางที่ 17 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ด้านวิทยากร มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากโดยพบว่า เป็นการเตรียมความพร้อม ของวิทยากร ร้อยละ 65.6 การถ่ายทอดของวิทยากร ร้อยละ 62.5 อธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน ตรงประเด็น ร้อยละ 59.4 ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย ร้อยละ 56.3 และการตอบคำถามของวิทยากร ร้อยละ 62.5 ขณะที่ส่วนใหญ่ด้านรูปแบบโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยช่องทางที่ใช้ในการฝึกเหมาะสมระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 40.6 และระยะเวลาในการจัดโปรแกรม ร้อยละ 46.9 ด้านความเหมาะสมของสื่อโดยพบว่า วิดีโอที่ใช้มีความเหมาะสมในระดับมาก ร้อยละ 62.5 แต่ แบบบันทึกการฝึกเหมาะสมมีค่าในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 ด้านเนื้อหาของโปรแกรมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับมากทั้งหมด ได้แก่ เนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และเนื้อหาฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดมีค่าความพึงพอใจ ร้อยละ 59.4 ด้านการนำไปใช้ส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ตระหนักและสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ ตระหนักและสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ได้คะแนนความพึงพอใจ ร้อยละ 59.4, 56.3 และ 53.1 ตามลำดับ ยกเว้น สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ถ่ายทอดหรือ สามารถให้คำปรึกษาแก่เพื่อนร่วมงานได้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9 สุดท้ายด้านภาพรวมของโปรแกรม มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.8

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) โดยทำการศึกษาในผู้ช่วยพยาบาลที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 32 คน มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษานี้มาสรุป วิเคราะห์ และอภิปรายผล ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อการลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.9 และมีอายุเฉลี่ย 36.50 ± 11.28 ปี โดยมีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31- 40 ปี ร้อยละ 25.0 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือสมรส ร้อยละ 37.5 สำหรับการศึกษส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43.8 รองลงมาคืออนุปริญญา ร้อยละ 25.0 ขณะที่จบปริญญาตรี ร้อยละ 21.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.5 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 37.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.1 แต่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.9

ลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือมีอายุงานระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ทำงานสลับกะ ร้อยละ 87.5 และทำงานประจำเฉพาะกะเช้า ร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเวรต่อเดือนเฉลี่ย 23 เวรโดยที่ส่วนใหญ่มี 21-30 เวร ร้อยละ 50 รองลงมาคือ 11-20 เวร ร้อยละ 13

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ข้อมูลระดับภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม CBT

เมื่อจำแนกลักษณะอาการภาวะซึมเศร้ารายชื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70.0 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีอาการภาวะซึมเศร้าเป็นบางครั้งรวมทั้งเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- รู้สึกว่าจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม ร้อยละ 81.3
- รู้สึกว่ามึนยากที่จะคิดริเริ่มทำอะไรบางสิ่งด้วยตัวเอง ร้อยละ 81.3
- รู้สึกไม่ดีขึ้นเลยหลังจากที่ได้พักผ่อนในระหว่างวัน ร้อยละ 75.0
- ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด ร้อยละ 71.9
- รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย ร้อยละ 71.9

ข้อมูลระดับภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม CBT 2 สัปดาห์

หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในแต่ละหัวข้อลดลงทุกหมวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 40.0 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีอาการภาวะซึมเศร้าเป็นบางครั้งร่วมกับเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย ร้อยละ 37.5
- ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด ร้อยละ 34.4
- รู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า ร้อยละ 18.8
- รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ร้อยละ 12.5

ข้อมูลระดับภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม CBT 4 สัปดาห์

หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในแต่ละหัวข้อลดลงทุกหมวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50.0 ขึ้นไปที่ตอบว่าไม่ตรงเลยในเรื่อง

- รู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า ร้อยละ 84.4
- รู้สึกว่าไม่มีความหมาย ร้อยละ 78.1
- รู้สึกไม่ดีขึ้นหลังที่ได้พักผ่อนระหว่างวัน ร้อยละ 62.5
- ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด ร้อยละ 56.3
- รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมาย ร้อยละ 53.1
- รู้สึกว่าจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม ร้อยละ 53.1

ระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ สัปดาห์ที่ 4

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ก่อนใช้โปรแกรม CBT พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ร้อยละ 37.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.4 และมีระดับปกติเพียง ร้อยละ 15.6 เท่านั้น มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.47 ± 0.98 และเมื่อผ่านไป 2 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับปกติร้อยละ 78.1 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 12.5 มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 ± 0.95 และเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ พบว่า มีระดับปกติ ร้อยละ 81.3 และไม่มีระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด (ร้อยละ 0.0 และร้อยละ 0.0 ตามลำดับ)

ข้อมูลระดับความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม CBT

เมื่อจำแนกลักษณะอาการความวิตกกังวลรายช้อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50.0 ขึ้นไปที่ตอบว่ามีความวิตกกังวลเป็นบางครั้งรวมกับเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัว ร้อยละ 71.9
- อาการหายใจลำบาก ร้อยละ 59.4
- มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก ร้อยละ 59.4
- รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 59.4
- มีอาการปากแห้ง ร้อยละ 56.3
- รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกแรง ร้อยละ 50.0

ข้อมูลระดับความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโปรแกรม CBT 2 สัปดาห์

หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 40.0 ที่ตอบว่ามีความวิตกกังวลเป็นบางครั้งรวมกับเกิดขึ้นบ่อยในเรื่อง

- มีอาการปากแห้ง ร้อยละ 37.5
- อาการหายใจลำบาก ร้อยละ 34.3
- รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกแรง ร้อยละ 28.1
- มีอาการมือสั่น ร้อยละ 28.1
- มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก ร้อยละ 21.9
- รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 18.8

ข้อมูลระดับความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ 4 สัปดาห์

หลังผ่านการฝึกโปรแกรม CBT 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของความวิตกกังวลในแต่ละหัวข้อลดลงทุกหมวด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 60.0 ขึ้นไปที่ตอบว่าไม่ตรงเลยในเรื่อง

- รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 87.5
- มีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก ร้อยละ 81.3
- มีอาการมือสั่น ร้อยละ 78.1
- รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่นกลัว ร้อยละ 68.8
- รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจในตอนที่ไม่ได้ออกแรง ร้อยละ 65.6
- อาการหายใจลำบาก ร้อยละ 62.5

ระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ สัปดาห์ที่ 4

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาความรุนแรงของระดับความวิตกกังวลพบว่า ก่อนใช้โปรแกรม CBT พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวล ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9

ระดับต่ำ ร้อยละ 21.9 และมีระดับปกติเพียง ร้อยละ 21.9 เช่นกัน มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.50 ± 1.08 และเมื่อผ่านไป 2 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับปกติ ร้อยละ 81.3 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 9.4 มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 ± 1.01 และเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ พบว่า มีระดับปกติ ร้อยละ 84.4 รองลงมาคือระดับต่ำและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 6.3 และไม่มีระดับรุนแรงที่สุด (ร้อยละ 0.0)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ แม้ว่าจะระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลง แต่ค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ด้านวิทยากร มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากโดยพบว่าเป็นการเตรียมความพร้อม ของวิทยากร ร้อยละ 65.6 การถ่ายทอดของวิทยากร ร้อยละ 62.5 อธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน ตรงประเด็น ร้อยละ 59.4 ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย ร้อยละ 56.3 และการตอบคำถามของวิทยากร ร้อยละ 62.5 ขณะที่ส่วนใหญ่ด้านรูปแบบโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยช่องทางที่ใช้ในการฝึกเหมาะสมระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 40.6 และ ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม ร้อยละ 46.9 ด้านความเหมาะสมของสื่อโดยพบว่า วิดีโอที่ใช้มีความเหมาะสมในระดับมาก ร้อยละ 62.5 แต่ แบบบันทึกการฝึกเหมาะสมมีค่าในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 ด้านเนื้อหาของโปรแกรมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับมากทั้งหมด ได้แก่ เนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และเนื้อหาฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดมีค่าความพึงพอใจ ร้อยละ 59.4 ด้านการนำไปใช้ส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ตระหนักและสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ ตระหนักและสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ได้คะแนนความพึงพอใจ ร้อยละ 59.4, 56.3 และ 53.1 ตามลำดับ ยกเว้น สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ถ่ายทอดหรือ สามารถให้คำปรึกษาแก่เพื่อนร่วมงานได้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9 สุดท้ายด้านภาพรวมของโปรแกรม มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.8

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยอาจเป็นเพราะการเข้าทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลไม่จำเป็นต้องเรียนจบปริญญาตรีซึ่งใช้ระยะเวลาสั้นกว่าเพียงแค่อบรมตามที่ได้รับ การรับรองจากสภาพยาบาล นอกจากนี้ส่วนใหญ่ มีอายุงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.5 รองลงมาคืออายุงานระหว่าง 21 – 30 ปี ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ทำงานสลับกะ ร้อยละ 87.5 และทำงานประจำเฉพาะกะเช้า ร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเวรต่อเดือนเฉลี่ย 23 เวรโดยที่ส่วนใหญ่มี 21-30 เวร ร้อยละ 50 รองลงมาคือ 11-20 เวร ร้อยละ 13 จะเห็นว่าภาระงานค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาภาวะและปัญหาด้านสุขภาพจิตของสมาพันธ์พยาบาลแห่งเมืองนิวบริตันส์วิก (New Brunswick Nurses Union: NBNU) แห่งประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2022 ที่พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลพบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 73.8 สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 54.6 การไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถหาคนมาทดแทนหรือขาดบุคลากร ร้อยละ 46 การทำงานระหว่างกะพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 84.35 การทำงานล่วงเวลาและขาดเวลาพักผ่อนนี้จึงเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดในการทำงาน ซึ่งพบว่า ผู้ช่วยพยาบาลที่มีความเครียด จะเพิ่ม Odd ratio ของการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.6 (95% CI = 2.63,8.41) เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ (P-value < 0.001) นอกจากนี้ ผู้ช่วยพยาบาลมี Odd ratio ของการเกิดความวิตกกังวลเป็น 1.68 (95% CI = 1.02,2.76) เท่าเมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ (P-value = 0.042) นอกจากนี้ลักษณะงานที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว

จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และจะเห็นได้ว่าหลังผ่านไป 2 สัปดาห์ ระดับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก โดยที่ระดับความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.50 ± 1.08 คะแนน เป็น 1.40 ± 1.01 และ ระดับภาวะซึมเศร้ามมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.47 ± 0.98 เป็น 1.41 ± 0.95 คะแนน สาเหตุอาจเพราะในช่วงสองสัปดาห์แรกของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกฝนการทำ ความเข้าใจความหมายของภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์และพฤติกรรมหลังจากนั้นจะฝึก การทำความเข้าใจตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่สามารถมองเห็นภาพรวมและรู้ทันความคิดของตนเองก็จะ พยายามหลีกเลี่ยงหรือหาวิธีแก้ปัญหาก่อนที่จะถึงโปรแกรมในสัปดาห์ถัดไป ทำให้ระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง และเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ระดับความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.50 ± 1.08 คะแนนลดลงเป็น 1.28 ± 0.72

และระดับภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.47 ± 0.98 ลดลงเป็น 1.28 ± 0.63 คะแนน คะแนนเฉลี่ยนั้นลดลงไปจากเดิมเล็กน้อยเมื่อเทียบกับคะแนนในสัปดาห์ที่ 2 จากการวิเคราะห์ รายละเอียดพบว่า ถึงแม้จำนวนของคนที่ไม่มีอาการของความวิตกกังวลและซึมเศร้าจะลดเพียงแค่ 1 คน เมื่อเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 แต่กลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับความรุนแรง และ รุนแรงที่สุด 2 คนในสัปดาห์ที่ 2 มีระดับของภาวะซึมเศร้าเหลือเพียงแค่ ระดับปานกลางในสัปดาห์ที่ 4 รวมทั้ง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความวิตกกังวลรุนแรง 2 คน และรุนแรง ที่สุด 1 คนเหลือเพียงแค่ระดับปานกลาง 2 คนและรุนแรง 1 คน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการจัด โปรแกรมในสัปดาห์สุดท้ายคือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ เป็นการให้แนวทางในการปฏิบัติที่ ทำให้ผู้ที่มีอาการรุนแรงสามารถนำไปใช้ได้จริงซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pim Cuijpers et al. (2021) ที่ได้กล่าวว่าการใช้ Psychological intervention สามารถลดระดับของ ความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การใช้ CBT แบบ Internet ตามงานวิจัยของ Kazuto Kuribayashi (2019) ก็สามารถช่วยลดอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการทำงานพยาบาลได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระดับอาการของภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมใน สัปดาห์ที่ 2 และ 4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อาจจะเป็นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อผ่าน โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 จะเริ่มสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยกระตุ้น ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างหลายคนจะเริ่มเข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้าของตนจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเช่นการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นเพื่อยับยั้งไม่ให้เกิดความคิด เชิงลบหรือสามารถระลึกว่าความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในสมองนั้นเป็นสิ่งไม่จริงที่ร่างกายปรุงแต่ง ขึ้นมาทำให้สามารถจัดการความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าได้ก่อนเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการบำบัดความคิดพฤติกรรมผ่านการดูวิดีโอ ออนไลน์และมีการทำแบบสอบถามเพื่อเป็นการบ้านหลังบทเรียนเนื่องจากการสื่อสารทางเดียว ผู้ที่จะนำวิจัยไปใช้อาจต้องพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยี รวมทั้งความสามารถในการ เข้าใจเนื้อหาบทเรียนโดยมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกับลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้
2. สามารถที่จะนำโปรแกรม CBT ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบวิชาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มเติมความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่าง
2. พิจารณาเรื่องการใช้ โปรแกรม CBT ในการลดระดับความเครียดของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะความเครียดเนื่องจากการทำงาน
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) หรือทำการศึกษาวีธีแบบ Focus group เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย มีความละเอียดและชัดเจนเพิ่มมากขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2566). *Mental health check in*. เข้าถึงได้จาก <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>.
- กอบบทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. (2558ก). กลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง. In *จิตเวชศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กอบบทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. (2558ข). *ภาวะวิตกกังวลเฉียบพลันและอาการ (Acute Anxiety and Panic Attack)*. จิตเวช ศิริราช DSM-5, 145-168.
- กานดา จันทร์แย้ม. (2561). Job stress in terms of job demand-control model: Causes, effects and prevention. *Parichart Journal, Thaksin University*, 31(1), 23-41. Retrieved from <https://so05.tcithaijo.org/index.php/parichartjournal/article/view/117971>
- ข่าวสด. (2561). *โรควิตกกังวล ภัยเงียบคนไทย กรมสุขภาพจิตเผยป่วย 1.4 แสนราย*. วันที่ค้นข้อมูล 11 มิถุนายน 2566, เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id = 28235>
- คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). *Anxiety – ความวิตกกังวล*. วันที่ค้นข้อมูล 11 มิถุนายน 2566 เข้าถึงได้จาก <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/anxiety>
- ตฤณา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- ต้นสาย แก้วสว่าง. (2563). องค์ความรู้โรคซึมเศร้าและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับนักจิตวิทยา. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 51(1), 49-65.
- ภัทรภณ แจ่มมิน. (2567). *สำรวจภาวะสุขภาพจิตในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี*.
- ภัทรภณ แจ่มมิน และสุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์. (2565). *สำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และ แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ)*, 38(3), 155-165.
- วันพิชิต ชินตระกูลชัย. (2564). *ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลอ่อนไหว คืออะไร มีกี่ประเภท มีอะไรบ้าง*
- สภาการพยาบาล. (2561). *นโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล*. ประกาศสภาการพยาบาล.
- Bonnet, F., Leung, V., & Chacaltana, J. (2018). *Women and men in the informal*

economy: A statistical picture (3rd ed.).

- Boughner, E. A. (2020). Anxiety. In *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 37-41.
- Department of Labor Bureau of Labor Statistics (Producer). (2023). *Licensed practical and licensed vocational nurses*. Retrieved from <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/licensed-practical-and-licensed-vocational-nurses.htm>
- Christensen, M., Lim, C., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., . . . McGrath, J. (2020). The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. doi:10.1017/S204579602000075X
- Cowles, B., & Medvedev, O. (2022). Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS).
- Cuijpers, P. C., Sweeny, K., Sheehan, P. Rasmussen, B., Smit, F., & Saxena, S.. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3. doi:10.1016/S2215-0366(16)30024-4
- Cuijpers, P., Pineda, B. S., Quero, S., Karyotaki, E., Struijs, S. Y., Figueroa, C. A., . . . Muñoz, R. F. (2021). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 83, 101955. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101955>
- Felix, T., & DFAPA. (2020). *What is depression?* Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Freeman, M. (2022). The world mental health report: Transforming mental health for all. *World Psychiatry*, 21, 391-392. doi:10.1002/wps.21018
- GDC. (2021). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Reference Life Table (Publication no. <https://doi.org/10.6069/1D4Y-YQ37>). from Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
- Mahidol University Institute for Population and Social Research. (2022). *Thai Health 2022: The Thai Family & COVID-19*. In M. U. Institute for Population and Social Research (Ed.).
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi:10.2307/2392498

Kuribayashi, K., Imamura, K., Watanabe, K., Miyamoto, Y., Takano, A., Sawada, U., . . .

Kawakami, N.. (2019). Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) intervention on improving depressive symptoms and work-related outcomes among nurses in Japan: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *19*. doi:10.1186/s12888-019-2221-5

Millstein, R. (2020). Anxiety disorder. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* , 137-141. Cham: Springer International Publishing.

Mineka, S., & Zinbarg R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *The American Psychologist*, *61*, 10-26. doi:10.1037/0003-066X.61.1.10

Moreno-Peral, P., Cerón, S. C., Rubio-Valera, M., Fernandez, A., Campaña, D. N. Alberto Rodríguez-Morejón, . . . Juan Bellón. (2017). Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety. A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, *74*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2509

International Labour Organization. (2016). Workplace Stress: a collective challenge. Retrieved from https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_466547/lang--en/index.htm

International labor organization. (2022). *World employment and social outlook:trends 2022*. Geneva: International Labour Organization.

Rogers, C. (2022). *What licensed practical nurses answered, when asked: I've been here for you but... I'm wearing out too!* Retrieved from New Brunswick:

Serrano, J., Hassamal, S., Hassamal, S., Dong, F., & Neeki, M.. (2021). Depression and anxiety prevalence in nursing staff during the COVID-19 pandemic. *Nursing Management, Publish Ahead of Print*.

doi:10.1097/01.NUMA.0000752784.86469.b9

Suarez, L., Bennett, S., Goldstein, C., & David, B. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. In, 153-172.

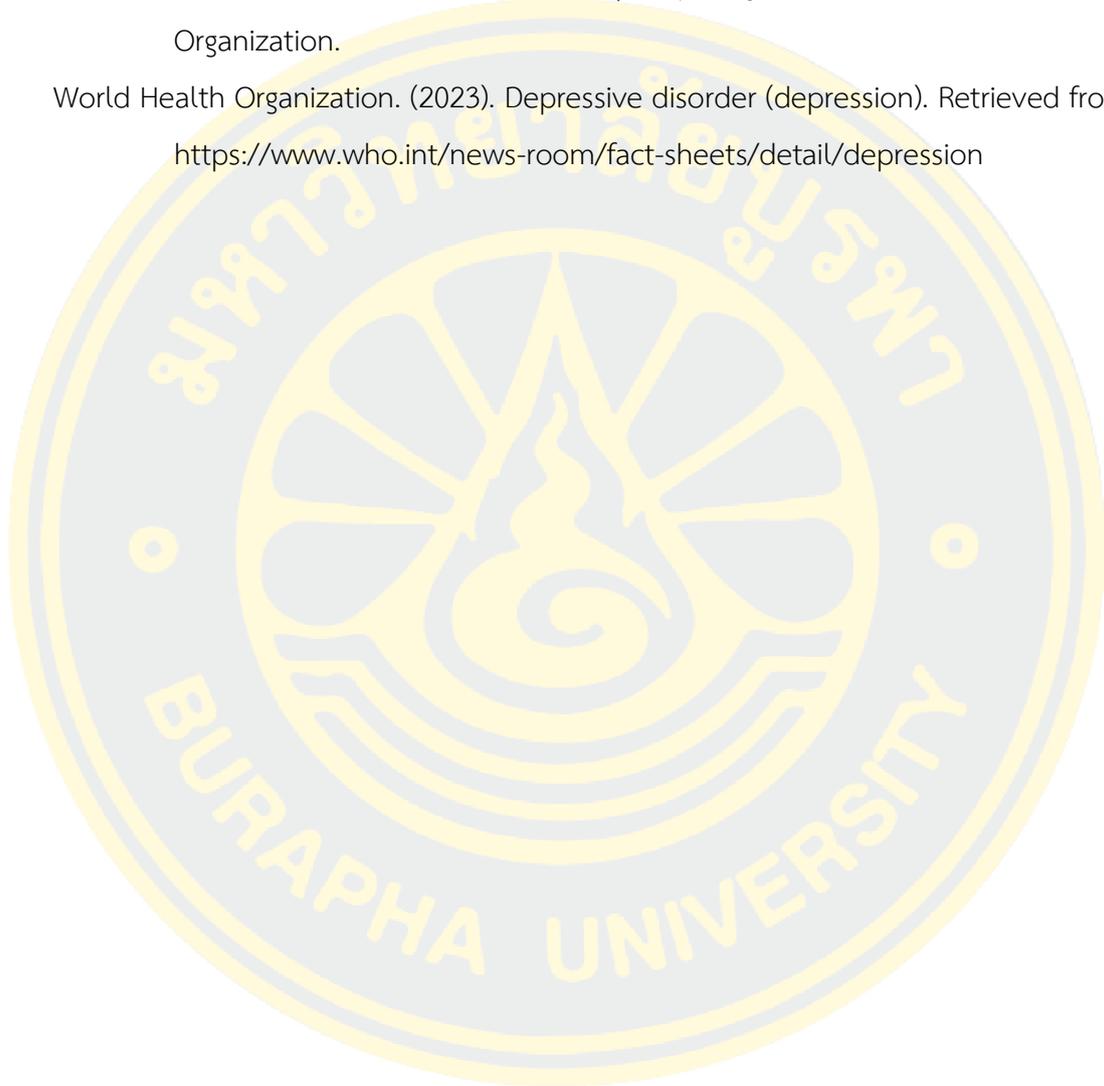
Teigen, K. (1994). Yerkes-dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology - THEOR PSYCHOL*, *4*, 525-547. doi:10.1177/09593543940444004

Sooksompong, S., Kwansanit, P., Suttha, S., Chutha, W., Phunnapa, K., Dussadee, U., . . .

The Group. (2016). The Thai National Mental Health Survey 2013: Prevalence of Mental Disorders in Megacities: Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61, 75-88.

WHO & ILO. (2022). *Mental health at work: policy brief*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). Depressive disorder (depression). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	ข้อความคำถาม
1	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
2	อายุ..... ปี
3	ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> อนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
4	โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้าตอบมีโปรดระบุ.....
5	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่
6	อายุงาน ปี
7	ลักษณะงาน <input type="checkbox"/> ทำงานเฉพาะเวลระกะเช้า (Day time) <input type="checkbox"/> ทำงานแบบหมุนเวียนกะ ได้แก่ เวลระกะเช้า เวลระกะบ่าย และเวลระกะดึก (เป็นเวลระผลัด)
8	จำนวนเวลระเฉลี่ย.....เวลระในหนึ่งเดือน
9	รายได้ในเวลระ 1 เดือน <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและวงกลมหมายเลข 0, 1, 2 หรือ 3 ที่ระบุข้อความได้ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด

เกณฑ์การประเมิน Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

- 0 คือ ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย
- 1 คือ ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
- 2 คือ ตรงกับข้าพเจ้า หรือเกิดขึ้นบ่อย
- 3 คือ ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด

ข้อ	ข้อคำถาม	เกณฑ์การประเมิน			
		0	1	2	3
1	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายอารมณ์				
2	ข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง				
3	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ดีขึ้นเลย				
4	ข้าพเจ้ามีอาการหายใจลำบาก (เช่น หายใจเร็วเกินไป หรือหายใจไม่ออก ทั้งที่ไม่ได้ออกแรงร่างกาย)				
5	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามั่นใจว่าจะคิดริเริ่มทำอะไรบางอย่างด้วยตัวเอง				
6	ข้าพเจ้าเริ่มที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ มากเกินไป				

ข้อ	ข้อความ	เกณฑ์การประเมิน			
		0	1	2	3
7	ข้าพเจ้ามีอาการสั่น เช่น ที่มือทั้งสองข้าง				
8	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีความวิตกกังวลมาก				
9	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึก ตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยไม่ได้คิด				
10	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าไม่มีเป้าหมาย				
11	ข้าพเจ้าเริ่มรู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการกระวนกระวายใจ				
12	ข้าพเจ้ารู้สึกยากที่จะผ่อนคลาย				
13	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าจิตใจหงายหงอยและเศร้าซึม				
14	ข้าพเจ้าทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่ สามารถทำอะไรต่อจากที่ข้าพเจ้ากำลังกระทำอยู่				
15	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก				
16	ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด				
17	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า				
18	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว ง่าย				
19	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย เช่น รู้ถึงอัตราการเต้นของหัวใจที่ เพิ่มขึ้น หรือการหยุดเต้นของหัวใจ				
20	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล				
21	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย				

แบบประเมินความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
คำชี้แจงของผู้ตอบแบบประเมิน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ลงในช่อง
หน้าข้อความ หรือ เติมข้อความในช่องว่าง ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		พึงพอใจ มากที่สุด	พึงพอใจ มาก	พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ เล็กน้อย	ไม่พึง พอใจมาก
ด้านวิทยากร						
1	การเตรียมความพร้อม ของวิทยากร					
2	การถ่ายทอดของ วิทยากร					
3	อธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน ตรงประเด็น					
ด้านวิทยากร (ต่อ)						
4	ใช้ภาษาที่เหมาะสม และเข้าใจง่าย					
5	การตอบคำถามของ วิทยากร					
ด้านรูปแบบของโปรแกรม						
1	ช่องทางที่ใช้ในการฝึก เหมาะสม					
2	ระยะเวลาในการจัดป รแกรม					
ด้านสื่อที่ใช้ในโปรแกรม						
1	เอกสารประกอบการ ฝึกเหมาะสม					
2	แบบบันทึกการฝึกใน ชีวิตประจำวัน					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	ไม่พึงพอใจมาก
ด้านเนื้อหาของโปรแกรม						
1	เนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล					
2	เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า					
3	เนื้อหาฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด					
4	เนื้อหาฝึกการแก้ปัญหา					
ด้านการนำไปใช้						
1	การเตรียมความพร้อมของวิทยากร					
2	การถ่ายทอดของวิทยากร					
3	อธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนตรงประเด็น					
4	ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย					
ด้านภาพรวมของโปรแกรม						
1	โดยรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

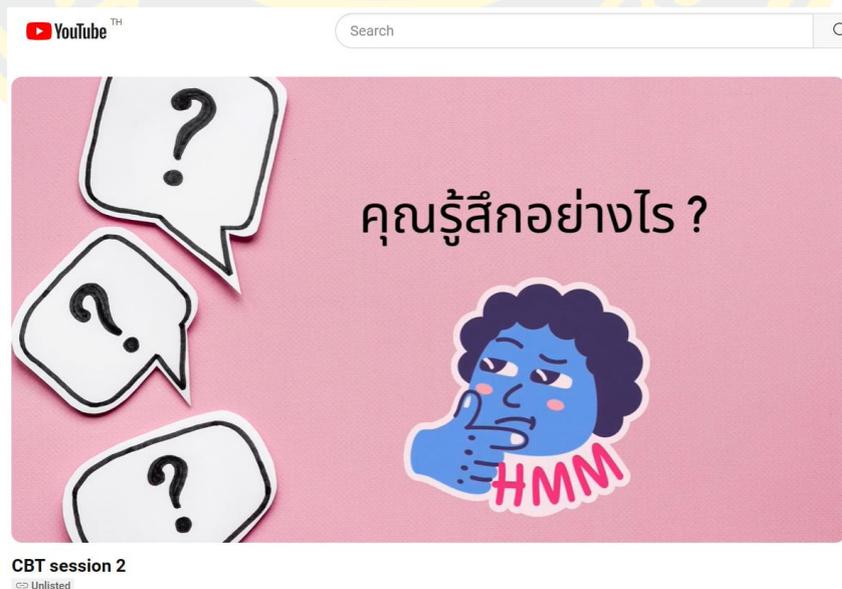
เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย
 ส่วนที่ 1: วิดีโอโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Session 1



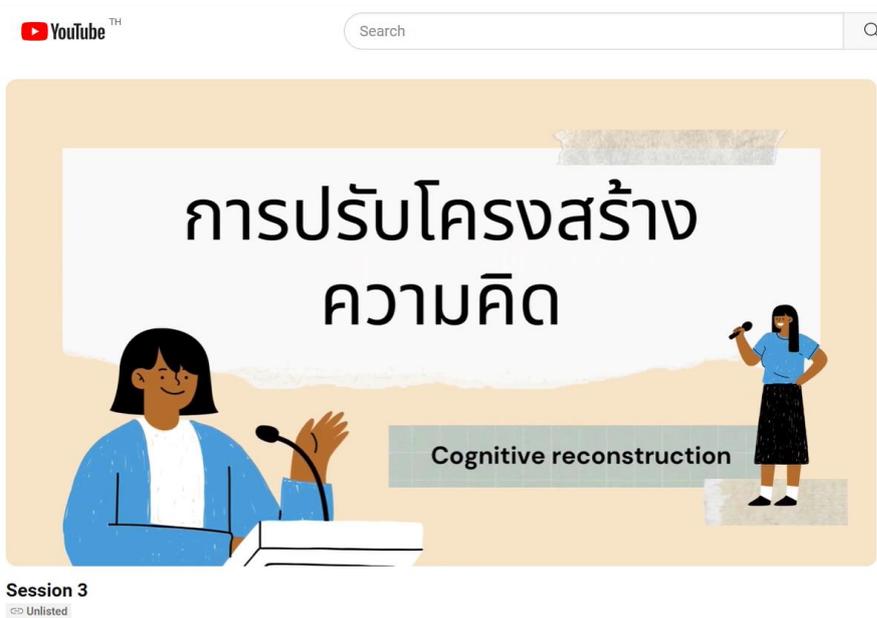
ภาพที่ 11 วิดีโอสื่อการสอน Session 1

Session 2



ภาพที่ 12 วิดีโอสื่อการสอน Session 2

Session 3



ภาพที่ 13 วิดีโอสื่อการสอน Session 3

ส่วนที่ 2: แบบบันทึกความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวัน

แบบบันทึกความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวัน

โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่างของแบบบันทึก เมื่อมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ลองสังเกตว่าเหตุการณ์นั้นคืออะไร ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตอนนั้นเป็นอย่างไร พร้อมบันทึกลงในแบบฟอร์ม

แบบบันทึกความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวัน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น:	
ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น:	ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น:

ส่วนที่ 3: แบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง (Self-formulation)

การบ้านครั้งที่ 2

กำหนดส่งภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังกิจกรรมครั้งที่ 2

แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่างของแบบบันทึก เมื่อมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ลองสังเกตว่าเหตุการณ์นั้นคืออะไร ความคิด และ อารมณ์/ความรู้สึก ตอนนั้นเป็นอย่างไร? พร้อมบันทึกลงในแบบฟอร์ม

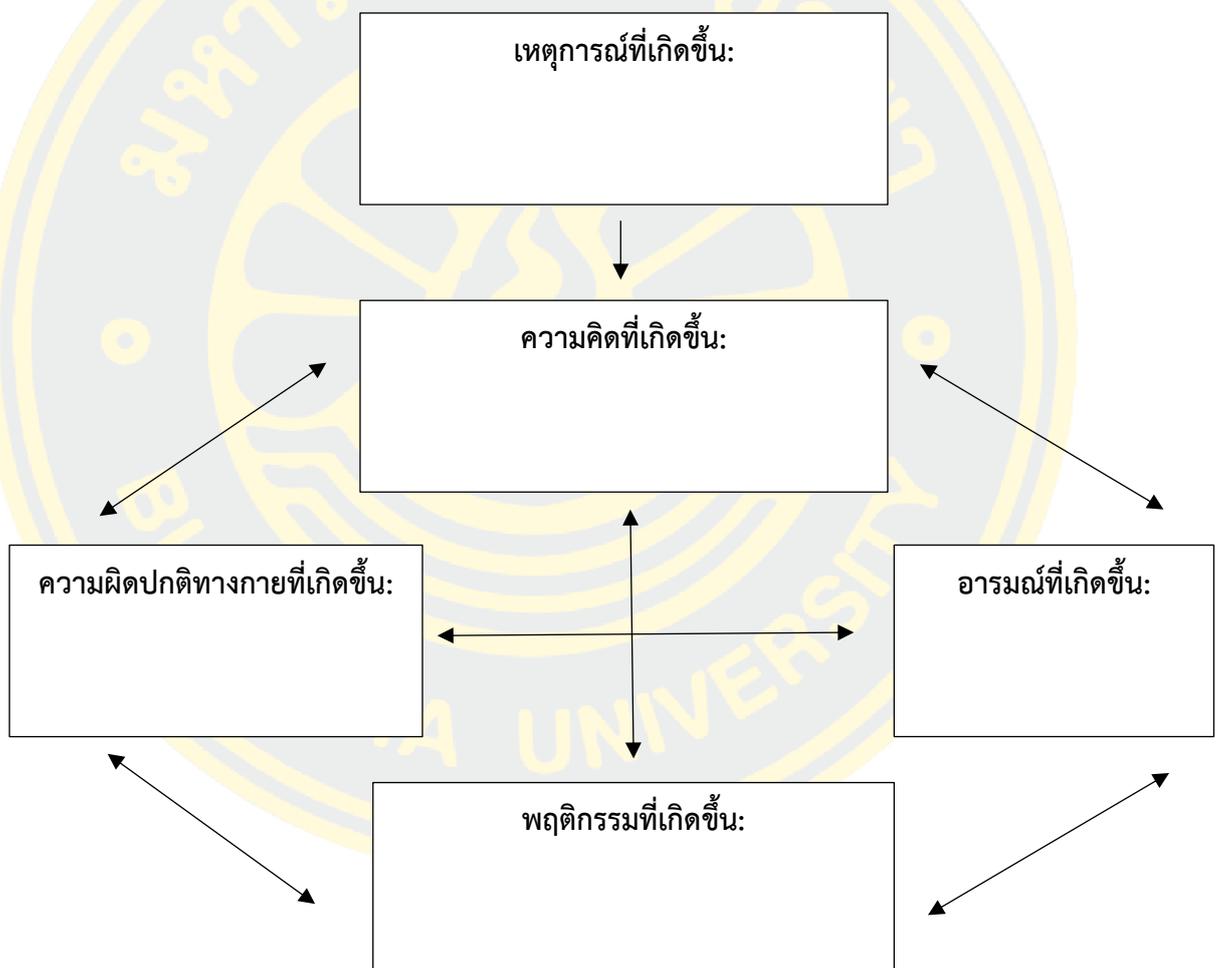
แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น:	
ความคิดที่เกิดขึ้น:	อารมณ์ที่เกิดขึ้น:

แบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง (Self-formulation)

คำชี้แจง โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่างของแบบบันทึก เมื่อมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ลองสังเกตว่าเหตุการณ์นั้นคืออะไร ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงความผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้นตอนนั้นเป็นอย่างไร? พร้อมบันทึกลงในแบบฟอร์ม

แบบบันทึกการทำความเข้าใจด้วยตนเอง (Self-formulation)



ส่วนที่ 4: แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ

แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ

โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่างของแบบบันทึก เมื่อมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น อะไรถึงทำให้ท่านมีความคิดดังกล่าว มีเหตุผลสนับสนุนหรือคัดค้านหรือไม่ มีเหตุอื่นที่เป็นไปได้หรือไม่ เหตุผลมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติของท่าน

แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ

1	ความคิดที่เกิดขึ้นคืออะไร:
2	อะไรคือหลักฐานในการสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดที่เกิดขึ้น:
3	ความคิดที่เกิดขึ้นเกิดจากข้อเท็จจริงหรือเกิดจากอารมณ์ความรู้สึก:
4	ท่านคิดว่าความคิดที่เกิดขึ้นมีเฉพาะถูกหรือผิดเท่านั้น หรือความคิดของท่านนั้นมีทั้งส่วนที่ถูกและผิด:
5	เป็นไปได้ไหมว่าหลักฐานในการสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดที่เกิดขึ้นในข้อ 2 นั้นไม่ถูกต้อง มีหลักฐานอื่นหรือไม่:
6	หากเป็นบุคคลอื่นเผชิญเหตุการณ์เดียวกันกับท่าน ท่านคิดว่าบุคคลนั้นจะเข้าใจเหตุการณ์เช่นเดียวกับท่านหรือไม่:

7	ท่านพยายามนึกถึงหลักฐานที่มีความเป็นไปได้ทั้งหมดหรือท่านพยายามนึกถึงเฉพาะหลักฐานที่ช่วยสนับสนุนความคิดของท่านเท่านั้น:
8	เป็นไปได้ไหมว่าความคิดของท่านเป็นความคิดที่เกินความเป็นจริง:
9	ท่านกำลังคิดตามความเคยชินของท่านหรือมีข้อเท็จจริงสนับสนุนความคิดที่เกิดขึ้น:
10	ท่านคิดว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดที่ได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น หากใช่บุคคลที่ท่านอ้างถึงเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือหรือไม่:
11	ความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นฉากทัศน์ที่เกิดขึ้นได้จริงในชีวิตประจำวัน หรือเป็นฉากทัศน์ที่เลวร้ายที่สุดที่สามารถเกิดขึ้นได้:



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. ผศ.ดร.ศักดิ์สิทธิ์ กุลวงษ์ ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร.กมลวรรณ พรหมเทศ ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์ประจำ
สถานที่ทำงาน สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.ธีรานันท์ นาคใหญ่ ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์ประจำ
สถานที่ทำงาน สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นายแพทย์ปรัชญ์ โพธิ์งาม นายแพทย์
โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
5. นางสาวอมรา ชูพลสัต์ย์ พยาบาลจิตเวช
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
6. นางสาวแคทลียา โคตะนนท์ นักจิตวิทยาคลินิก
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

ชื่อ-สกุล

วัน เดือน ปี เกิด

สถานที่เกิด

จังหวัดตราด

สถานที่อยู่ปัจจุบัน

47/16 หมู่บ้าน the plant รั้งสิต-คลองหลวง ตำบลคลองสอง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

ตำแหน่งและประวัติการ

ปัจจุบัน

แพทย์ประจำบ้านอาชีวเวชศาสตร์

ทำงาน

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2561

แพทยศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พ.ศ. 2567

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

มหาวิทยาลัยบูรพา