

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟู ต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The effect of telephone counselling program to the recovery of patients with major depression

กาญจนา สุดใจ พย.ม.

Kanchana Sutchai M.N.S.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Somdetchaopraya Institute of Psychiatry

Received: August 22, 2022 Revised: September 15, 2022 Accepted: September 28, 2022

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเป้าหมายสำคัญคือผู้ป่วยหายจากโรค ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลแล้วจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 56 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คนด้วยการจัดลำดับก่อนหลัง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟู และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟู ใช้ระยะเวลา 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินการฟื้นฟูทางจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ผลการวิจัยเสนอแนะว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถนำมาใช้ในการบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้โดยตรง

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟู, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

The main goal of care for depressive patients was the recovery. Therefore, after they were hospitalization ends. They needed ongoing psychosocial therapy in order to lead an efficient life. This purpose of this quasi-experimental posttest with control group research was to examine the effect of telephone counselling program to the recovery in patients with major depression. The subjects were 56 patients diagnosed with major depressive disorder admitted in psychiatric hospital. They were random assigned in the experimental or control groups by sorting, 28 patients in each group. The experimental group received the telephone counselling program to the recovery. The control group received the routine nursing care. The experimental instrument was the telephone counselling program to the recovery that took a period of 4 months. The data collection was the Thai-Mental Health Recovery Measure. Data were analyzed using independent *t*-test. The result found that the mean mental health recovery score of patients with major depressive disorder in the group receiving the telephone counselling based on recovery program was significantly higher than that of the group receiving routine nursing care ($p < .05$). The suggestion was the telephone counselling program based on the recovery of patients with major depression could be used on major depressive patients.

Keywords : The telephone counselling program based on the recovery of patients with major depression, Patient with major depression

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคของความผิดปกติทางอารมณ์ที่กลายเป็นปัญหาสำคัญของสังคมในปัจจุบัน ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 1.8⁽¹⁾ และมีการศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Last due to Disability: YDL) พ.ศ. 2557 พบว่าโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 4 และ 16 ในเพศหญิงและชายตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตอื่น ๆ⁽²⁾ ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁽³⁾ การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความบกพร่องต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ การดำเนินชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น^(4,5) ส่งผลกระทบให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ สมรรถภาพการทำงานลดลง สูญเสียบทบาทการทำหน้าที่ในสังคม⁽⁶⁾

การฟื้นฟูของผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งการฟื้นฟู (recovery) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหวัง มีเป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต หรือมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ถึงแม้จะมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยก็ตาม⁽⁷⁾ ซึ่งถือเป้าหมายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเอง ทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงต้องมีการติดตามดูแลและประเมินอาการภายหลังจากผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมปกติของตนเอง โดยการฟื้นฟูเป็นเป้าหมายหลักที่ทีมผู้รักษาต้องให้ความสนใจ เนื่องจากในความเป็นจริงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยากมีชีวิตที่ปกติสุขเหมือนคนอื่น ๆ แต่จะเป็นไปได้ก็ต่อ

เมื่อผู้ป่วยต้องมีการฟื้นฟูสุขภาพเดิม สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี^(8,9) และมีแนวทางในการปรับปรุงตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง สามารถจัดการกับอาการที่อาจกำเริบได้ ซึ่งครอบคลุม สังคม และวัฒนธรรม ล้วนมีบทบาทที่สำคัญต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจนอาการทุเลาและกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวแล้ว พยาบาลจะมีบทบาทในการติดตามประเมินอาการ สนับสนุนและประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในสังคม จัดการแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการบำบัดที่เป็นบทบาทของพยาบาลที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและยอมรับปัญหาของตน ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญห และพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นการพยาบาลที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์หรือปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยให้มีความสำคัญทั้งมุมมองด้านจิตใจอารมณ์ด้านสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง รับรู้ เข้าใจและแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างมีความหวัง⁽¹¹⁾ สำหรับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นการบำบัดทางสุขภาพจิตที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งเป็นการติดต่อกันสองทางโดยไม่มีการเผชิญหน้า ช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ สะดวก รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย ลดการเดินทาง เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยใช้รูปแบบสัมพันธภาพบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตามแนวคิดของเพลบลาว ซึ่งเหมาะกับการบำบัดผู้ป่วยแบบรายบุคคล⁽⁵⁾ โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการบำบัดและติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เนื่องจากเป็นวิธีการที่สะดวก เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย ประหยัด และได้ผลดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีคะแนนการฟื้นฟูสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบวัดผลหลังการทดลอง เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two group posttest design)⁽¹²⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วยรหัสโรค F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ซึ่งรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 56 คน ในระหว่างเดือนกันยายน 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มตามลำดับก่อนหลัง กลุ่มละ 28 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18-59 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงขึ้นไปจากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9 คำถามมีคะแนนมากกว่า 18 คะแนน 3) ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย 4) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี 5) ไม่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการสติปัญญา หรือความพิการทางร่างกาย 6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 7) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก 8) มีญาติหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย และ 9) ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมจีพาวเวอร์ เวอร์ชัน 3.1.9.4 (G*power

Version 3.1.9.4) ใช้การทดสอบสถิติค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (mean: difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบลำดับความสำคัญ (priori) ขนาดอิทธิพล (effect size) สำหรับการทดสอบจากงานวิจัยของ ฐานียา สุทะปา และคณะ⁽¹³⁾ เท่ากับ .85 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนอัลฟา (α err prob) เท่ากับ .05, ค่าอำนาจทดสอบ (power $1-\alpha$ err prob) เท่ากับ .08 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน รวมทั้งหมด 46 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล 20% จำนวน 10 คน⁽¹⁴⁾ และมีเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม 2) มีการใช้สารเสพติดในระหว่างดำเนินกิจกรรม และ 3) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของฐานียา สุทะปาและคณะ⁽¹³⁾ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการแสวงหาภาวะสุขภาพของ Schlotfeldt⁽¹⁵⁾ และแนวคิดการฟื้นฟูของ Young and Ensing⁽⁷⁾ ซึ่ง ประกอบด้วย 2 กิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยและญาติ แบ่งเป็น 1.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคลกับผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที ซึ่งเป็นการบำบัดกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 1.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 30 – 45 นาที เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลทางโทรศัพท์กับญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมกันหรือมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์กับผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 – 45 นาที ในระยะเวลาทุก 1 เดือน หลังจาก

ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตในสังคม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน หลังจากผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย ญาติ/ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล 2) **แบบประเมินการฟื้นฟูทางจิตใจ (Thai-Mental Health Recovery Measure: Thai-MHRM)** เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการฟื้นฟูของ Young and Ensing⁽⁷⁾ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (back Translation) โดยนุสรา วรรภัทรารและคณะ⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับการเจ็บป่วย 2) ด้านการรู้จักเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ตนเอง 3) ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ 4) ด้านความสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต 5) ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม 6) ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง 7) ด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ 8) ด้านการสนับสนุนหรือเพิ่มคุณค่าจากสังคม ซึ่งเป็นการประเมินด้วยตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน การแปลผลเป็นการนำคะแนนรวมกันทุกข้อโดยคะแนน

น้อยกว่า 24 คะแนน มีระดับการฟื้นฟูต่ำมาก คะแนน 24-48 คะแนน มีระดับการฟื้นฟูต่ำ คะแนน 49-72 คะแนน มีระดับการฟื้นฟูปานกลาง และคะแนน 73-96 คะแนน มีระดับการฟื้นฟูสูง และคะแนนมากกว่า 97 คะแนน มีระดับการฟื้นฟูสูงมากหรือโดยสมบูรณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96

การดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บ

ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และจำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาล

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าพบเพื่อทำกิจกรรม โดยแจ้งวัน เวลา ที่จะมาพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและกำหนดการคร่าวๆ ในการโทรศัพท์ไปทำกิจกรรมภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูทั้งหมด 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน 2 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงกิจกรรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ช่วงเวลา	กิจกรรม
รักษาอยู่ใน รพ.	
สัปดาห์ที่ 1	ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ภาพบำบัด เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และการเผชิญความเครียดในชีวิต
สัปดาห์ที่ 2	ครั้งที่ 2 สัมภาษณ์ภาพบำบัด เรื่องการจัดการเหตุการณ์ความเครียด การสร้างเป้าหมายในชีวิต และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
	ครั้งที่ 3 สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่องการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย
หลังจำหน่ายจาก รพ.	
เดือนที่ 1	ครั้งที่ 4 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เรื่องการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และการพัฒนาทักษะการจัดการเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
เดือนที่ 2	ครั้งที่ 5 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เรื่องความร่วมมือในการกินยา
เดือนที่ 3	ครั้งที่ 6 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เรื่องการมีเป้าหมายในชีวิต และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
เดือนที่ 4	ประเมินคะแนนการฟื้นฟู

3. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติคือ การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองจากหอผู้ป่วย การมาพบแพทย์ตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก การติดตามทางโทรศัพท์จากแผนกผู้ป่วยนอกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด และไม่ได้รับการบำบัดอื่นใดทางโทรศัพท์ ตลอดระยะเวลาของโครงการวิจัย จนเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

แล้วกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองด้วยเช่นกัน

4. การประเมินคะแนนการฟื้นฟูหลังสิ้นสุดกิจกรรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ตั้งแต่ มกราคม - เมษายน 2565 ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยทางโทรศัพท์ด้วยแบบประเมินการฟื้นฟูทางจิตใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 025/2564 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2564 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งการอธิบายและตอบคำถามจนเข้าใจ ตลอดจนได้รับชี้แจงถึงสิทธิการขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม เน้นย้ำถึงการปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และหากระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกคับข้องใจอันเนื่องมาจากกระบวนการวิจัย สามารถขอความช่วยเหลือได้จากผู้วิจัยโดยตรง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ (t-test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 30 ปี มีสถานภาพสมรสได้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง แต่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 57.1)

มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย (ร้อยละ 53.6) และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 57.1) มีรายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย (ร้อยละ 46.4)

การประเมินการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินผลการฟื้นฟูพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูมีคะแนนการฟื้นฟูโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง (mean=84.54, S.D.=12.48) ส่วนกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนการฟื้นฟูโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (mean=64.39, S.D.=9.05) เมื่อพิจารณาการฟื้นฟูรายด้านของกลุ่มทดลองพบว่า เกือบทุกด้านมีคะแนนการฟื้นฟูอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเอาชนะความรู้สึกติดอยู่กับความเจ็บป่วย ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง และด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ ยกเว้นด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณที่มีคะแนนการฟื้นฟูอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า การฟื้นฟูรายด้านในเกือบทุกด้านมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเอาชนะความรู้สึกติดอยู่กับความเจ็บป่วย ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง และด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ ยกเว้นด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณที่มีคะแนนการฟื้นฟูอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายด้านและรวมทุกด้าน (N=56)

คะแนนการฟื้นฟูรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=28)		แปลผล การฟื้นฟู	กลุ่มควบคุม (n=28)		แปลผล การฟื้นฟู
	Mean	S.D.		mean	S.D.	
ด้านการเอาชนะความรู้สึกติดอยู่กับ ความเจ็บป่วย	12.21	1.59	สูง	9.39	1.31	ปานกลาง
ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ ตนเอง	11.11	2.80	สูง	9.46	2.20	ปานกลาง
ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยาม ตนเองขึ้นใหม่	11.43	2.25	สูง	8.64	1.63	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการทำกิจกรรม พื้นฐานในชีวิต	11.54	2.23	สูง	8.71	1.88	ปานกลาง
ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม	11.21	2.21	สูง	8.54	1.40	ปานกลาง
ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง	11.43	2.13	สูง	8.96	1.66	ปานกลาง
ด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ	4.04	1.73	ปานกลาง	3.36	1.12	ต่ำ
ด้านการสนับสนุนทางสังคมและการ พิทักษ์สิทธิ	11.57	1.57	สูง	7.32	1.74	ปานกลาง
การฟื้นฟูโดยรวมทุกด้าน	84.54	12.48	สูง	64.39	9.05	ปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลองด้วยสถิติที พบว่า คะแนนการฟื้นฟูมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีคะแนนการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ (N=56)

คะแนนการฟื้นฟู	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		df	t	P value
	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง	84.54	12.48	54	6.911	<.001*
กลุ่มควบคุม	64.39	9.05			

*p<.05

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวคิดการฟื้นฟูมีคะแนนการฟื้นฟูสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งจากการใช้แนวคิดการแสวงหาสุขภาพของ Schlotfeldt⁽¹⁵⁾ ที่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนการฟื้นฟูทางสุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวคิดการฟื้นฟูของ Young and Ensing⁽⁷⁾ ที่เป็นการนำปัจจัยในเรื่องความเชื่อมั่นในความเข้มแข็งของตนเอง ทักษะภายในของตนเอง การสร้างเป้าหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา มาจัดกระทำโดยตรงด้วยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์พบว่า สัมพันธภาพบำบัดเป็นหลักการพื้นฐานในการบำบัดผู้ป่วยและเป็นตัวทำนายถึงผลลัพธ์ในการบำบัดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของการบำบัด⁽¹⁷⁾ ร่วมกับการให้คำปรึกษาโทรศัพท์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาและยอมรับปัญหาของตนเอง มีการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาของตนเองให้เหมาะสมมากขึ้น⁽¹⁸⁾ สามารถปรับตัวกลับไปสู่สภาพการใช้ชีวิตเดิมได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ได้จัดกระทำกับปัจจัยที่เป็นส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง การเผชิญปัญหาในชีวิต การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การสร้าง

เป้าหมายในชีวิต การสร้างความคิดเชิงบวก รวมถึงการร่วมมือในการกินยา⁽¹⁹⁾ และการค้นหาการสนับสนุนทางสังคม⁽²⁰⁾ อีกทั้งเป็นการจัดกิจกรรมเป็นช่วงระยะเวลาทุก 1 เดือน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการทบทวนกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพัฒนาตนเองซ้ำ ๆ จนนำไปสู่การฟื้นฟูโดยภาพรวมได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cook et al.⁽²¹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงและการฟื้นฟูดีขึ้นภายหลังได้รับการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และเมื่อติดตามผลในระยะ 6 ปี ก็พบว่าอัตราการป่วยซ้ำลดลง⁽²²⁾

เมื่อพิจารณาการฟื้นฟูในรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูรายด้านในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน โดยเกือบทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ด้านการเอาชนะความรู้สึกติดอยู่กับความเจ็บป่วย ด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง และด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ อาจเป็นผลมาจากที่กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดที่ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางความคิด

ค้นหาเป้าหมายในการดำเนินชีวิตต่อไป สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองได้ และการขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด รวมถึงเกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zimmerman, Posternak, McGlinchey, Friedman, Attiullah, & Boerescu⁽²³⁾ ที่ศึกษามุมมองการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าปัจจัยที่สำคัญมากกับการฟื้นฟูคือการแสดงออกถึงภาวะสุขภาพจิตด้านบวก รองลงมาคือการกลับสู่ความรู้สึกของการเป็นตนเองและการกลับสู่การทำหน้าที่ได้ตามปกติ

การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถือเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ทำให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟูเป็นรูปแบบการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชสามารถให้การบำบัดกับผู้ป่วยได้โดยตรง และเป็นกระบวนการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นฟูที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้พยาบาลนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามแนวความคิดการฟื้นฟูไปเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเชื่อมโยงการดูแลและการบริการในระดับปฐมภูมิ
2. ควรมีการวิจัยที่มีการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการบำบัดในระยะยาวอย่างต่อเนื่องทั้ง 1 ปี และ 2 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยการสนับสนุนจากผู้บริหาร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และบุคลากรทุกท่าน ที่ให้การดูแลช่วยเหลือและเอื้ออำนวยสถานที่ในการทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อักษรณงค์กรชัย และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2559.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโกซิสเต็มส์; 2560.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต; 2554.
4. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภกรใจ เจริญสุข. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนนี; 2562.
5. ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
6. ภาณุมาศ จิตสงบ. ประสบการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
7. Young SL, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. PRJ 1999; 22(3): 219-31.

8. อัจฉราพร สี่หิรัญวงษ์, ทศนา บุญทอง, ศิริอร สินธุ, ธนา นิลชัยโกวิทย์. การคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง: ทฤษฎีเชิงสาระอธิบายการฟื้นฟูจากความซึมเศร้าของสตรีไทยวัยกลางคน. วารสารวิจัยทางพยาบาล 2022; 6: 186-99.
9. Zauszniewski AJ. Nursing Diagnosis and Depressive Illness. *Int J Nurs Terminol Classif* 1994; 5(3):106-14.
10. Ahern L, & Fisher D. Recovery at your own Pace. *JPN* 2001; 39(4): 22-32.
11. กนกรัชต์ สุตลาภา, สุวัฒน์ รักขันโท. การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้มีภาวะซึมเศร้า. วารสาร มจรมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ 2564; 7(2): 431-47.
12. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2018.
13. ฐานียาสุทธา, จินตนาอุณิพันธุ์, วิภาวีเผ่ากันทรการ, ปาทานนท์ ขวัญสนิท. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2563; 7(1):118-32.
14. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G* Power. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020.
15. Glazer GL, Pressler JL. Schlotfelde's health seeking nursing model. In: Fitzpatrick, J. J., Whall, A. L., editors. *Conceptual models of nursing practice*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1989.
16. นุสรรา วรภัทรทพร. ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
17. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients' outcome beyond in treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2022; 68(6): 1027-32.
18. Vasquez MT, Johnson JD. *Multicultural therapy: A practice imperative*. American Psychological Association; 2022.
19. Johnson SL, Mayer B, Winett C, Small J. Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *J Affect Dis* 2000; 58(1): 79-86.
20. Nasser EH, Overholser JC. Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psy Scandinavia* 2005; 111(2): 125-32.
21. Cook AJ, Copeland EM, Floyd BC, Jonikas AJ, Hamilton MM, Razzano L, et al. A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety, and recovery. *Psy Serv* 2012; 63(6): 541-7.
22. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161(10): 1872-6.
23. Zimmerman M, Posternak MA, McGlinchey J, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D. Validity of a self-report depression symptom scale for identifying remission in depressed outpatients. *Compr Psychia* 2006; 47(3): 185-8.