

ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก จิตเวชโรงพยาบาลศิริราช

วรภาพ ศรีภิรมย์* พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)[†]
นฤมล จงจิตวิบูลย์ผล** พย.บ.
กมลพร วรณฤทธิ*** พบ., MSc (Organisational Psychiatry and Psychology)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้า, ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า, ความร่วมมือในการรับประทายยา, อัตราการ Loss follow up (F/U) ใน 3 เดือนแรกและเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U กับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบมาตรฐานเดิม รูปแบบการวิจัยคือ Prospective (cohort) study with historical cohort study ระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้าปี 2562 จำนวน 110 คนที่ได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบมาตรฐานเดิมกับผู้ป่วยซึมเศร้าปี 2564 จำนวน 110 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 4 ครั้ง คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (3) การฝึกทักษะด้านความคิด (4) การป้องกันการป่วยซ้ำ ติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนหลังครบโปรแกรมฯ ประเมินผลด้วยแบบประเมินข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9, แบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า, แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทายยา และอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย Chi-squared และ Wilcoxon signed Ranks test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยปี 2564 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทายยาอยู่ในระดับสูง (Mean 6.57) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อัตราการ Loss F/U เท่ากับ 9% เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U กับกลุ่มผู้ป่วยปี 2562 พบว่าอัตราการ Loss F/U ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สรุปผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร่ามีอาการดีขึ้นและสามารถลดอัตราการ loss F/U ลงได้

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, สุขภาพจิตศึกษา, อัตราการ Loss F/U, ความร่วมมือในการรับประทายยา

* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

Corresponding author email: varaporn.srp@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital

Varaporn Sripirom* M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Narumon Jongjitwibrulphon** B.N.S (Nursing Science)

Kamonporn Wannarit*** MD, MSc. (FRCPsychT)

Abstract

The objective of this study was to examine the efficacy of psychoeducation program on depression, knowledge of MDD, medication adherence, loss follow up rate in the first 3 months and compare loss follow up rate in the first 3 months with regular care. This research was a Prospective (cohort) study with historical cohort between 110 patients with MDD in 2019 and 110 patients with MDD in 2021. The psychoeducation program was applied as four sessions. The contents of the treatment included: (1) establishing relationship and assessment (2) knowledge of MDD (3) thinking management (4) warning signs and symptoms for depressive management. The study instruments included the demographic data questionnaire, the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Pre-test and post-test of knowledge of MDD, the assessment of medication adherence and loss follow up rate in the first 3 months were conducted at the completion of the program by phone and at 1 month and 3 months follow up. Data were analysed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, Chi-squared test and Wilcoxon signed Ranks test.

The results revealed that subjects of the patient group 2021 had highly medication adherence (Mean 6.57), knowledge of MDD there was a statistically significant improvement at $p < .01$. The loss follow up rate in the first 3 months had 9% when compare with the patient group 2019, received standardized treatment. There was a statistically significant improvement at $p < .01$. The conclusion included psychoeducation program on depressed patients with major depress disorder could be promote self-care behaviors and improve symptoms. There also had reduced loss follow up rate in the first 3 months.

Key words: major depress disorder, psychoeducation, loss f/u rate, medication adherence

* Nurse at Psychiatric unit, Siriraj Hospital (Corresponding author) email : varaporn.srp@gmail.com

** Nurse at Psychiatric unit, Siriraj Hospital

*** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งนับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั่วโลกพบมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึงราว 350 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามากถึง 165,785 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยทางจิตเวช¹ หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราชเองเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้บริการตรวจรักษาบำบัดอาการทางจิตใจ จากสถิติการบริการที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่สูงถึง 483, 576 และ 744 ราย ตามลำดับ² นับได้ว่าโรคซึมเศร่ากำลังเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจุบันหน่วยตรวจฯ มีการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย Clinical Tracer Plus for Major depressive disorder (MDD) (การตาม-รอยขบวนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) โดยมีการให้สุขศึกษาหลังตรวจครั้งแรก 1 ครั้งในเรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี จากสถิติการเก็บข้อมูลการติดตามพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอัตราการขาดนัดติดตามอาการ Loss follow up (F/U) เพิ่มขึ้น ดังนี้ พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วย Loss F/U 94 รายต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 276 ราย คิดเป็น 34.05% พ.ศ. 2561 จำนวนผู้ป่วย Loss F/U 89 รายต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 282 ราย คิดเป็น 31.56% พ.ศ. 2562 จำนวนผู้ป่วย Loss F/U 86 รายต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 258 คิดเป็น 35.65% พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย Loss F/U 82 รายต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 254 ราย คิดเป็น 32.28% พบจำนวนผู้ป่วยขาดนัดติดตามอาการ (Loss F/U) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

เมื่อศึกษาอัตราการ Loss F/U พบว่าผู้ป่วยมัก Loss F/U ไปในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเข้าสู่ช่วง response phase ในระยะนี้พบว่าหากได้รับยาต้านเศร้าต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์จะช่วยให้อาการของโรคลดลงถึงร้อยละ 70-80 และเพิ่มโอกาสในการ remission ในสัปดาห์ที่ 6-14³ แต่จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว จึงหยุดยารับประทานเองและไม่มารักษาอีก ไม่อยากรับประทานต่อเนื่องเนื่องจากผลข้างเคียงยา มีทัศนคติไม่ดีต่อโรค หรือมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงทำให้ขาดนัดติดตามอาการไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการฟื้นหาย (Recovery) จากโรค มีโอกาสเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้น และพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ขาดการติดตามอาการไปกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่ได้รับการรักษามากกว่า 2 ปี⁴ ทำให้ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน

จากการทบทวนแนวทางการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานเดิมพบว่าเป็นการให้สุขศึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลังพบแพทย์ครั้งแรกเพียง 1 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยยังไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัวและอาจยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องและไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงมีการทบทวนแบบแผนการสอนสุขศึกษาแบบใหม่จากการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าเป็นขบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคซึมเศร้าได้ดี สามารถลดระดับอาการซึมเศร่าลงได้ ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา⁵ จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีระดับอาการซึมเศร่าลดลงอย่างเห็นชัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ และผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่ม

วารสารกองการพยาบาล

ควบคุมที่ได้รับการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F 10.51, P < .05$)⁷ และ พบว่าผลการให้สุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกราย มีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงในระดับปกติ อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงทุกราย⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของสกาวรัตน์ พวงลัดดา, ขนกานต์ เนตรสุนทร, สุจินต์ วิจิติพิเชษฐกุล และจันทร์ ยี่สุนศรี⁹ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช โดยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล โปรแกรมที่เลือกใช้ดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของ Casañas และคณะ⁶ จำนวน 4 ครั้ง คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ, สร้างแรงจูงใจในการรักษา (2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (3) การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก, คิดอย่างไรไม่ให้เครียด และ (4) การป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม และหลังครบโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้เรื่องโรคและเกิดความร่วมมือในการรักษา ลดอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรก ตลอดจนมีวิธีการในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นไปตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลศิริราชที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านบริการพยาบาล ด้านความรู้ สู่ความเป็นเลิศระดับสากล

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ Prospective (cohort) study with historical cohort study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า clinical tracer plus for MDD ปี 2562 และผู้ป่วยรายใหม่ใน clinical tracer plus for MDD ปี 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ช่วงอายุ 18-59 ปี
 3. ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตอื่น ๆ ร่วม เช่น โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคติดสารเสพติด
 3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคิดจากจำนวนผู้ป่วยที่ loss F/U ใน clinical tracer plus for MDD ปี 2562 จำนวน 33.33% และจากวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดอัตราการขาดนัดติดตามอาการ (loss F/U) โดยคาดหวังไว้ที่ 16% จากสูตรการคำนวณ

$$n_3 = \left[\frac{z_{1-\alpha} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1q_1 + \frac{p_2q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$
$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$
$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

เมื่อ proportion in group 1 เท่ากับ .33
proportion in group 2 เท่ากับ .16
ratio (r) = 1
กำหนดค่า Alpha (α) เท่ากับ .05
Beta (β) เท่ากับ 0.2

ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้อีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและควบคุมความคลาดเคลื่อน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง group 1 ได้จำนวน 110 ราย (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน clinical tracer ปี 2562) และ กลุ่มตัวอย่าง group 2 ได้จำนวน 110 ราย (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน clinical tracer ปี 2564 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 110 ราย)

ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า clinical tracer plus MDD ปี 2562 ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 110 คน จะได้รับการสอนสุขศึกษาตามมาตรฐานเดิม โดยผู้ป่วยจะได้รับการสอนสุขศึกษา 1 ครั้งหลังพบแพทย์ครั้งแรก ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลให้ทำแบบประเมิน pre-test เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า อธิบายความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ทำแบบประเมิน post-test และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า clinical tracer plus MDD ปี 2564 ในกลุ่มที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 110 คน ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 4 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของ Casañas และคณะ^๖ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมฯ 4 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที และหลังครบโปรแกรมฯ จะได้รับการติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจในการรักษา (หลังพบแพทย์ครั้งแรก) พยาบาลกล่าวทักทายแนะนำตนเอง และให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดโปรแกรมฯ ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยของตนเองพอสังเขป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ พยาบาลร่วมสรุปประเด็นที่สำคัญ บอกข้อตกลงบริการ นัดหมายวัน เวลา ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ตามวันนัดหมายแพทย์ (ประมาณ 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน pre-test เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โดยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เข้าสู่เนื้อหาโดยใช้คำถามปลายเปิด พอจะบอกได้ไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไรบ้าง และคิดว่าอะไรคือสาเหตุ และให้ความรู้เรื่องโรค ประกอบไปด้วย สาเหตุ อาการ การ

รักษา การดูแลตนเอง ผลข้างเคียงยา อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกับผู้ป่วย หลังจากนั้นทำแบบประเมิน post-test เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก, คิดอย่างไรไม่ให้เครียด ตามวันนัดหมายแพทย์ (ประมาณ 4 สัปดาห์) ผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนความรู้ครั้งที่ก่อน พร้อมทำแบบประเมินความร่วมมือในการกินยา ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์เศร้า โดยให้ผู้ป่วยอภิปรายการจัดการกับอารมณ์ของตนเองเท่าที่ผ่านมา ให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดบวก และการจัดการกับความเครียดด้านลบ ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างการคิดบวกต่อปัญหาตนเองในปัจจุบัน ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างการจัดการความคิดด้านลบ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

ครั้งที่ 4 การป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม ตามวันนัดหมายแพทย์ (ประมาณ 8 สัปดาห์) ผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนความรู้ครั้งที่ก่อน และได้รับความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือน ให้ผู้ป่วยบอกอาการเตือนของตนเอง และให้ข้อมูลแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและร่วมวิเคราะห์กับผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูล ของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษาพยาบาล

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและติดตามอาการของโรคซึมเศร้า ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศ.นพมานิช หล่อตระกูล และคณะ¹⁰ เป็นแบบสอบถาม self-report มีข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรา

วารสารกองการพยาบาล

ส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 ค่า cut-off score ที่ PHQ-9 ≥ 9 มีค่าความไวสูงร้อยละ 84 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 77.7 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value-PPV) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value-NPV) ร้อยละ 99 เกณฑ์คะแนน คะแนนรวม 0-4 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนนรวม 5-8 หมายถึง อาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้น major depression คะแนนรวม 9-14 หมายถึง major depression, mild คะแนนรวม 15-19 หมายถึง major depression, moderate คะแนนรวม 20 ขึ้นไป หมายถึง major depression, severe

3. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดยสมบุรณ์ อินทร์ขาว⁹ เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีข้อคำถาม 16 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ผ่านการรับรองเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ มีการทดสอบเครื่องมือด้วยการใช้ทดสอบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่จำนวน 3 ราย วัดค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .87 มีทั้งหมด 16 ข้อ มีข้อคำตอบถูกว่า “ใช่” จำนวน 10 ข้อ และมีข้อคำตอบถูกว่า “ไม่ใช่” จำนวน 3 ข้อ มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน ใช้ประเมินผลก่อนและหลังให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา

4. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยสกาเวลล์ พวงลัดดาและคณะ⁹ ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาโดยสาธุพร พุฒขาว¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ใช้ประเมินเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ลด

จำนวนยาดด้วยตนเอง เพิ่มจำนวนยาดด้วยตนเองรับยาก่อนกำหนด เคยรับยาหรือตรวจรักษาหลังจาก ยาหมดไปแล้วมากกว่า 7 วัน และการแจ้งอาการของตนให้แพทย์ทราบ โดยเป็นคำถามทางด้านบวก 2 ข้อ คำถามทางด้านลบ 5 ข้อ คะแนนรวม 0-7 คะแนน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ SI 310/2021 วันที่ 30 เมษายน 2564 ดำเนินการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วย ความถี่ คำนวณฐาน และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบคะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับความรู้ คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างปี 2564 ด้วยสถิติ Wilcoxon signed Ranks test และวิเคราะห์อัตราการ Loss F/U ระหว่างกลุ่มตัวอย่างปี 2562 กับกลุ่มตัวอย่างปี 64 ด้วยสถิติ Chi-squared

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างปี 64 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 อายุเฉลี่ย 18-30 ปี ร้อยละ 50.9 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 58.3 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดถึง ร้อยละ 89.1 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.1 ประกอบอาชีพ พนักงานเอกชน ร้อยละ 40.9 รองลงมาคือนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 18.3 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 30.9

รองลงมาอยู่ที่ ต่ำกว่า 10,000บาท ร้อยละ 21.8 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา จ่ายเงินเอง ถึงร้อยละ 60 ส่วนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างปี 62 ข้อมูลทั่วไปมีความคล้ายคลึงกับปี 64 พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 70.3 อายุใกล้เคียงกันคือ ในช่วง 18-30 ปี

2. ผลการศึกษาคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กินยาครบ ต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างปี 2564 ภายหลังได้รับ

โปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง แสดงถึงการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดี (Mean 6.57, SD 0.54)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างปี 64 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (Mean 14.95, SD 1.15) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean 11.36, SD 1.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้ากลุ่มผู้ป่วยปี 2564 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n 103)

คะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Rank	Z
กลุ่มผู้ป่วยปี 2564				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	11.26	1.78		
หลังได้รับโปรแกรมฯ	14.95	1.15	52.00	8.85**

** p < .01

4. การเปรียบเทียบคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ severe (Mean 20.76, SD

2.36) และภายหลังเข้าโปรแกรมฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean 6.88, SD 3.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 กลุ่มผู้ป่วยปี 2564 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n 103)

คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 กลุ่มผู้ป่วยปี 2564	Mean	SD	ระดับ	Mean Rank	Z
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	20.76	2.36	Severe		
หลังได้รับโปรแกรมฯ					
ครั้งที่ 1	20.76	2.36	Severe		
ครั้งที่ 2	17.37	2.98	Major depression, moderate	50.70	8.507**
ครั้งที่ 3	11.50	3.20	Major depression, mild	52.00	8.835**
ครั้งที่ 4	6.88	3.55	อาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้น Major depression	52.33	8.142**

** p < .01

วารสารกองการพยาบาล

5. ผลการเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรก ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปี 2562 กับกลุ่มผู้ป่วยปี 2564 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยปี 2564 มีอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกภายหลังเข้าโปรแกรมฯ ร้อยละ 9 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยปี 2562 มีอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรก ภายหลังได้รับสุขศึกษาตาม

มาตรฐานเดิม ร้อยละ 29.1 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปี 2562 กับกลุ่มผู้ป่วยปี 2564 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยปี 2564 มีอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปี 2562 กับกลุ่มผู้ป่วยปี 2564 (n 110)

อัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรก	ความถี่	ร้อยละ	Chi-squared	p-value
กลุ่มผู้ป่วยปี 62	32	29.1		
กลุ่มผู้ป่วยปี 64	10	9	15.973	<.01

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยปี 2564 ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ระดับอาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ครบ 4 ครั้ง ลดลงอยู่ในระดับมีอาการเล็กน้อย และมีอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U พบว่าอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกของกลุ่มผู้ป่วยปี 2564 น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะมีคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกราย ระดับอาการซึมเศร่าลดลงในระดับปกติ อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมดูแลตนเองทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงทุกราย⁸ และมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนแบบปกติ⁷ ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาซึ่งเป็นการพยาบาลด้านจิตสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร่าลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹

จากปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับผลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มี 5 ประการ คือ (1) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา (2) ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา (3) ผู้ป่วย (4) กิจกรรมหรือเนื้อหาที่สอน และ (5) รูปแบบหรือขอบเขตของการเรียนการสอน¹² จึงสามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Casañas และคณะ⁶ จำนวน 4 ครั้ง คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ, สร้างแรงจูงใจในการรักษา (2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร่า (3) การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก, คิดอย่างไรไม่ให้เครียด และ (4) การป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการ และการสนับสนุนทางสังคม และ ติดตามผลทางโทรศัพท์หลังครบโปรแกรมฯ 1 เดือนและ 3 เดือน มีการออกแบบให้เหมาะสมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช และในการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล มีการนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการบอกเล่า การสัมภาษณ์ และแบบสอบถามในด้านความรู้ ความเชื่อเรื่องโรคและการรักษา ความคิด ทัศนคติ และ

ความรู้สึกรู้สึก ความคาดหวังมาวางแผนให้สุขภาพจิตศึกษาด้านเนื้อหา วิธีการ เทคนิคการสอน และการใช้สื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับกับสภาพปัญหาจริงและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการฝึกทักษะด้านความคิดด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากเรียนรู้จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹³ และมีกระบวนการเรียนรู้และการสอนที่เป็นระบบ โดยเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีระหว่างผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาและผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและคงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรมฯ มีสถานที่ที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัวในการรับฟังข้อมูล ผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัย ทบทวนความรู้ และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตัว และมีการโทรศัพท์ติดตามผลหลังครบโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ความคิด อย่างถูกต้อง มีความศรัทธา ในการเรียนการสอน และมีความสนใจและตั้งใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Zheng และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่าความสนใจและตั้งใจเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเรียนรู้ ในการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกอย่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้สอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาเพิ่ม¹⁵

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ นับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำไปปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นวิธีการที่ได้ผลสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ สามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า, ความร่วมมือในการรับประทานยา และลดอัตราการ Loss

F/U ใน 3 เดือนแรกได้จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มโอกาสในการหายขาดจากโรค ลดการกลับเป็นซ้ำหรือกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังรวมทั้งยังเป็นวิธีการที่นำไปใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากและสิ้นเปลือง

สรุป

จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยปี 64 ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ระดับอาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ ครบ 4 ครั้ง ลดลงอยู่ในระดับมีอาการเล็กน้อยและมีอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกพบว่าอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกของกลุ่มผู้ป่วยปี 64 น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยปี 63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ดังนั้นโปรแกรมฯ จึงเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดเข้าใจและเกิดความตระหนักสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพิ่มโอกาสในการหายขาด ลดการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งไม่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชที่มีบริบทคล้ายกัน เป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุงแนวทางและกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งประหยัดเวลา/ค่าใช้จ่าย ในการดูแลปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล

References

1. Department of Provincial Administration and National Statistical Office. Population survey of depressed patients in Thailand fiscal year 2012-2013. Bangkok: 2013. Thai.
2. Department of Psychiatry Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Annual service statistics report. Bangkok: 2021. Thai.
3. Olgiati P, Serretti A, Souery D, Dold M, Kasper S, Montgomery S, et al. Early improvement and response to antidepressant medications in adults with major depressive disorder. Meta-analysis and study of a sample with treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*. 2018 Feb;227:777–86.
4. Skärsäter, I., Dencker, K., Argen, H. The Experience of Social Support in Patients Suffering From Treatment-Refractory Depression-A Pilot Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1999;8(2),89-96.
5. Clom F. Psychoeducation improving outcome in bipolar disorder. *European psychiatry*. 2005;20:359–64.
6. Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012;12(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-12-230>
7. Preeyarat Khaemkham. Effects of a Psychoeducation program on Medication adherence in Patients with Depression. [Thesis, Master of Nursing Science]. Bangkok: Thammasat University; 2011. Thai.
8. Somboon Inkhao. Psycho-education for outpatients with major depressive disorder at Prasrimahabhodi hospital. [An independent study report submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing degree]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. Thai.
9. Sakavarat Phuengladda, Chanakan Netsunthorn, Sujin Thitipichetkul, Chanthara Yishunsri. The Development of Psychosocial Nursing Model for Patients with Major Depressive Disorder: A Case Study at Outpatient Department. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;27(2):126-42. Thai.
10. Manote Lotrakul, Suthida Sumrithe, Ratana Saipanish. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008;8(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-8-46>.
11. Sathuporn Putkhao. Factors associated with medication adherence in Schizophrenia at Suanprung Hospital Chiang Mai Province. [Thesis, Master of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1998. Thai.
12. Oraphan Lueboonthawatchai, and Peeraphon Lueboonthawatchai. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok: Thanapress; 2010. Thai.

13. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther.* 2003 Apr;29(2):223-45. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x. PMID: 12728780.
14. Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry [Internet].* 2005;187:339-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.4.339>
15. O'Leary D, Costello F, Gormley N, Webb M. Remission onset and relapse in depression. An 18-month prospective study of course for 100 first admission patients. *Journal of Affective Disorders.* 2000 Jan-Mar;57(1-3):159-171. DOI: 10.1016/s0165-0327(99)00086-5. PMID: 10708827.