

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี

The Effects of Multidisciplinary Collaborative Care Program on Depressive Prevention Amongst Diabetic Mellitus Type 2 Patients at a Secondary Level Hospital in Phetchaburi Province

สิริรัตน์ สุขอร่าม นงพิมล นิมิตรอนันท์* ศศิธร รุจนเวช

Sirirat Sukaram Nongpimol Nimit-arnun* Sasitorn Roojanavech

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000

Faculty of Nursing Christian University of Thailand, Nakhonpathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 19 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม 2) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย 3) การให้คำปรึกษารายกลุ่ม และ 4) การกำกับติดตามทางโทรศัพท์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินภาวะเครียดจากโรคเบาหวาน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ แมนนิตนีย์ ยู เทส และสถิติวิลค็อกสัน ซายด์ แรงค์ เทส

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดจากโรคเบาหวานลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเสนอแนะว่า โปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตดีขึ้นและความเครียดลดลง ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, รูปแบบการดูแลแบบร่วมกัน

Abstract

This research was a quasi-experimental research, two group pretest - posttest design aimed to study the effects of multidisciplinary collaborative care program on depressive prevention amongst Diabetic Mellitus (DM) type 2 patients who had risk of depression. The total 36 subjects divided into 2 groups; 17 subjects for experimental group and 19 subjects for comparison group. The experimental group was invited to join in a 10-week multidisciplinary collaborative care program. This program consisted of participatory group learning,

relaxation skill training, group counseling, and telephone visit monitoring. Data were collected using psychological self – care behavior and diabetes- related stress. The reliability were presented at 0.86 and 0.85 respectively. The Mann-Whitney U test and Wilcoxon Signed Rank test were used for data analysis.

The research results revealed that after the intervention, the experimental group had significantly better psychological self – care behavior score than those before the experiment and than the comparison group. (p value < .05) while they had significantly lower the diabetes- related stress score than before experiment and in the comparison group. (p value < .05) The researcher suggested that the multidisciplinary collaborative care program was effectively improved psychological self – care behavior and decreased stress among the diabetic patients. This program should be used in integrating healthcare services for depressive prevention in diabetic patients and other chronic diseases in other community hospitals.

Keywords: Depressive prevention, Diabetic Mellitus type 2 patients, Collaborative care model

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการประมาณการณ์ว่าใน พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 422 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุระหว่าง 20 - 79 ปี จำนวน 4.02 ล้านคน และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2578 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอีกไม่น้อยกว่า 1.10 ล้านคน² ผู้ป่วยจำนวน 6 รายใน 10 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ก่อนอายุ 60 ปี และอยู่ในวัยทำงาน³ ซึ่งส่งผลต่อการขาดรายได้ การหาเลี้ยงชีพ การดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบแผนของผู้ป่วย⁴ เนื่องจากโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยโดยตรงและผลกระทบจากการเจ็บป่วย อาทิ ภาระการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความพยายามควบคุมการดำเนินของโรค ความกลัวหรือกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการขาดรายได้⁵ ความเครียดเหล่านี้ได้สะสมมาเป็นเวลานานและเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Depressive disorders) ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากการรับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 3.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ปัญหา/ไม่เครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้⁶ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol hormone) เพื่อตอบสนองต่อภาวะเครียดนั้น ระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นมีผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน (Insulin) ได้น้อยลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า⁷ มีการทำงานของสารสื่อประสาทโมโนอะมิเนส

(Monoamines) ลดลง ทำให้ฮอร์โมนเซโรโทนิน (Serotonin) ลดลง ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ และความซึมเศร้า⁸ กลไกนี้มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเกิดการรบกวนการเผาผลาญกลูโคส (Glucose) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในที่สุด⁹ สหพันธ์สุขภาพจิตแห่งโลก (World Federation for Mental Health: WFMH) ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย และเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการซึมเศร้า ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและเกิดอาการโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้น^{10, 11}

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรีในช่วง พ.ศ. 2557 - 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ในผู้ป่วยโรคนี้ทุกรายเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยภาวะซึมเศร้าระยะแรก (Early detection) ที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลท่ามายได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงนี้ สรุปว่า ระบบบริการที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าล่าช้า เป็นการดูแลแบบแยกส่วน ไม่ใช้การดูแลร่วมกันทั้งสุขภาพกาย - สุขภาพจิต จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือโรงพยาบาลยังขาดบริการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีข้อตกลงเชิงนโยบายว่าจะทดลองนำแนวคิดและรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบร่วมกัน (Collaborative Care Model) ซึ่งเสนอโดยสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาว่าเป็นมาตรการสำคัญ

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นการทำงานที่ใช้แนวคิดเชิงบูรณาการศาสตร์และศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อออกแบบบริการที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลแบบองค์รวม ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นและประหยัดค่าใช้จ่าย^{12,13} ทั้งนี้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager) มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการนี้¹² จากการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อถัก (Meta - analysis) ยืนยันว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบร่วมกันในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีประสิทธิภาพดี¹⁴

สำหรับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้านี้ มีรายงานการสังเคราะห์ความรู้ที่สรุปได้ว่าต้องประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม (Participatory group learning) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Relaxation skill training) และการกำกับการติดตาม (Monitoring) โดยใช้ระยะเวลา 8-10 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน^{15,16,17,18,19,20} ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านกระบวนการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยคาดหวังว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นและมีภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลง อันจะนำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

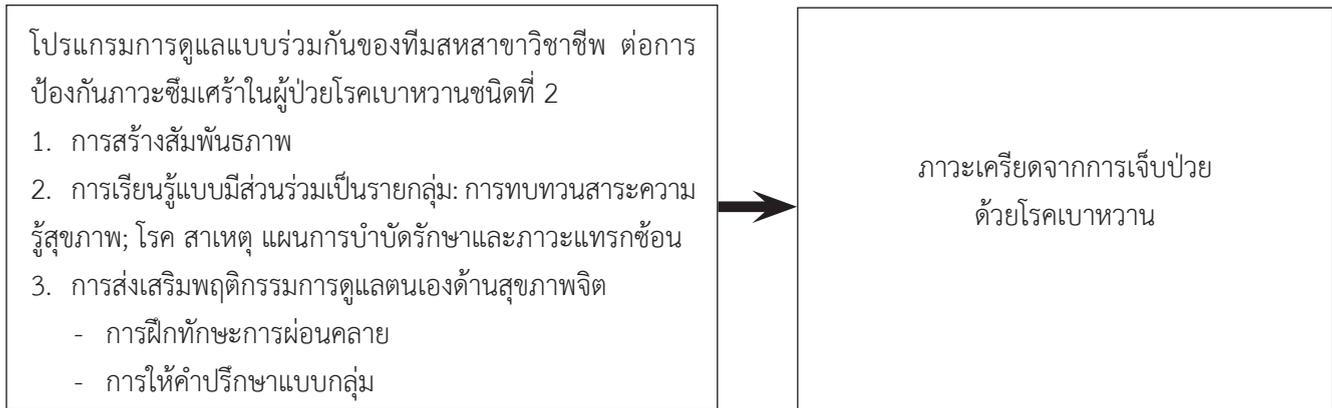
โรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีค่าคะแนนภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าและมีค่าคะแนนภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดจากการประมวลแนวคิดและแนวปฏิบัติ (Clinical guidelines) เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลแบบร่วมกันในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับปัญหาด้านสุขภาพจิต^{16,17,18} และแนวคิดการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงด้วยการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการภาวะเครียดจากการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า^{15,21,22} ผู้วิจัยประยุกต์ประเด็นการมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันดูแลกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่หลากหลาย ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยวางแผนเพื่อออกแบบและปรับปรุงรูปแบบการดูแลแบบร่วมกัน ประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่มเพื่อพัฒนาบุคคลด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและการจัดการ ความเครียด พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชและนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยส่งเสริมให้บุคคลสำรวจและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการทำความเข้าใจ และค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการเกร็งและการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีกำกับติดตาม การดำเนินกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพ กำกับติดตาม กิจกรรมของผู้ป่วยที่ต้องฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านทาง โทรศัพท์ และมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยตลอดกระบวนการในการดูแลสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี วิธีการบำบัดมีมากมาย อาทิ การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม การฝึก

ทักษะการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผลจากการส่งเสริมพฤติกรรม ฯ ดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม มีค่าคะแนน 0 - 6 คะแนน ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน ระหว่างเดือนเมษายน - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 74 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณของ Cohen (1988) เท่ากับ 38 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 19 ราย ด้วยวิธีจับฉลาก มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetic Mellitus Type 2) ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
2. มีภาวะแทรกซ้อนที่หลุดเลือดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่หลุดเลือดขนาดเล็กหรือภาวะแทรกซ้อนที่หลุดเลือดขนาดใหญ่ อย่างน้อย 1 โรค
3. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสามารถเขียนหนังสือและสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี
4. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยอันจะเป็นอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างขณะร่วมกิจกรรม อาทิ โรคกระเพาะ โรคหัวใจ
5. มีโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยได้สะดวก

6. สมครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม ฯ ได้ทุกครั้ง

เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{15,16,17,18,21,22} โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกันดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม 3) การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้วยการฝึกทักษะการผ่อนคลายและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และ 4) การกำกับติดตามทางโทรศัพท์ โปรแกรมการทดลองนี้ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงโครงสร้างประชากร อาทิ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ และ 2) ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาป่วย ระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 เดือน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การใช้ยาและผลการประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ข้อ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อังคณา ช่วยคำชู²² จำนวน 30 ข้อ (6 ด้าน) ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองจำนวน (6 ข้อ) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (4 ข้อ) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (4 ข้อ) การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (6 ข้อ) การพัฒนาและการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม (4 ข้อ) และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (6 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 - 4 โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง กิจกรรมนั้นแทบไม่เคยทำเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำ การแปลผลคือ ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตระดับดี; ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ

2.3 แบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ฉบับสั้น (Problem Areas in Diabetes Scale : PAID) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินตัวแปรการรับรู้ความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพัฒนามาจากแม็คไกวร์ และคณะ²³ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ⁶ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมความเครียดจากการรับรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ด้านการรักษา ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 ค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน โดยที่ค่าคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ถึงความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูง/มาก และคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ถึงความเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำ/น้อย

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลแบบร่วมกันเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) คู่มือการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) คู่มือการป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์

แพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญ เฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและลำดับของเนื้อหา การใช้ภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของสื่อ เมื่อได้แก้ไข/ปรับปรุงแล้วได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเหมาะสม สำหรับแบบสอบถามที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องเชิงเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และ 0.80 ตามลำดับ ค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ในช่วง 0.80 - 1.00 และ 0.60 - 1.00 ตามลำดับ เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ฉบับสั้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน (เลขที่ น.17/2559) เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่า양เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนเก็บข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รักษาความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ ประโยชน์จากการวิจัยเป็นในลักษณะภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้เก็บรักษาเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยนำเสนอ ลักษณะภาพรวม ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยมอบคู่มือการดำเนินกิจกรรมหลังเสร็จสิ้นการวิจัยและหาโอกาสทำกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ฯ ต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และชี้แจงวิธีการตอบแบบประเมินให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 19 ราย จากนั้นในกลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ฯ ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงผู้บริหารเพื่อขอสนับสนุนการจัดการระบบการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ๆ พัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้าใจแนวคิดการดูแลแบบร่วมกัน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและออกแบบการจัดกิจกรรมโดยผู้วิจัยนำเสนอร่างโปรแกรมฯ และทีมสหวิชาชีพนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตามเกณฑ์

สัปดาห์ที่ 2 ทีมสหสาขาวิชาชีพออกแบบและปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมฯ ในแต่ละสัปดาห์ สร้างข้อตกลงความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล กำหนดการประเมินผลติดตาม และพัฒนาคู่มือการดูแลแบบร่วมกันฯ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานความร่วมมือ

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อแนะนำตนเองให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม ทำการพิทักษ์สิทธิ์แจ้งวันนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม อธิบายการใช้คู่มือการป้องกันโรคซึมเศร้าฯ และตอบแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานฉบับสั้น (Pre - test)

สัปดาห์ที่ 4, 7 และ 10 ทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินกิจกรรม โดยแพทย์และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่มตามขั้นตอน 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ประสบการณ์ ความคิดรวบยอด สะท้อนความคิดและอภิปราย และการทดลองและประยุกต์แนวคิดเนื้อหา ดังนี้ สัปดาห์ที่ 4 โรคเบาหวานและโรคซึมเศร้า ความเชื่อมโยงระหว่างโรคเบาหวานและภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สัปดาห์ที่ 7 แนวทางการรักษาโรคเบาหวานและโรคซึมเศร้า ความเครียดและการจัดการความเครียด การเผชิญความเครียดและการเผชิญปัญหา และสัปดาห์ที่ 10 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยวิธีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ โดยสัปดาห์ที่ 4 สาธิตและให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตาม แนะนำให้ปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกันวันละ 1 ครั้ง และบันทึกผล สัปดาห์ที่ 7 และ 10 กลุ่มทดลองสาธิตและให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติโดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้สังเกตและประเมินผล พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและนักจิตวิทยาให้คำปรึกษารายกลุ่มโดยสัปดาห์ที่ 4 สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ สัปดาห์ที่ 7

ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ การวางแผนแก้ไขปัญหา และสัปดาห์ที่ 10 ยุติการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ทั้งนี้ภายหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมกันสรุปประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ และวางแผนร่วมกันในกิจกรรมครั้งต่อไป ผ่านการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้กำกับติดตามกิจกรรมและกระบวนการดูแลตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ

สัปดาห์ที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, และสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองฝึกทักษะการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองที่บ้านวันละ 1 ครั้ง และบันทึกผล กลุ่มทดลองประเมินโรคซึมเศร้าด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 5 และ 8

สัปดาห์ที่ 6 และ 9 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีกำกับกิจกรรมของกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ในวันจันทร์และวันอังคารเวลา 16.00 น. - 18.00 น. ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน โดยติดตามความก้าวหน้าการฝึกทักษะการผ่อนคลายที่บ้าน ติดตามเยี่ยมตามกระบวนการพยาบาล การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานฉบับสั้น (Post - test) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันสรุปผลการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวข้อ “การจัดบริการเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบร่วมกัน” เสนอผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ต่อผู้บริหารและประสานคลินิกโรคเบาหวานเพื่อส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาตามนัดต่อไป

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานฉบับสั้น (Pre - test) จะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล เมื่อครบ 10 สัปดาห์จึงทำการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและแบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานฉบับสั้น (Post - test) อีกครั้ง อนึ่ง ระหว่างดำเนินการ พบว่า มีกลุ่มทดลอง 2 ราย ออกจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง จึงเหลือกลุ่มทดลอง 17 รายและกลุ่มเปรียบเทียบ 19 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Fisher Exact Probability tests

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและค่าคะแนนภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและค่าคะแนนภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.60 และ 57.90 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 53.41 ปี และ 53.68 ปีตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 94.10 และ 78.90 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.60 และ 84.20 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ย 9.12 ปี และ 9.74 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ

64.70 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 36.80 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 42.10 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 42.10 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28, S.D. = 0.25; \bar{X} = 2.56, S.D. = 0.30$) เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1) และพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.65, S.D. = 0.41; \bar{X} = 3.28, S.D. = 0.25$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ตารางที่ 2)

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดฯ ของกลุ่มทดลองอยู่ระดับไม่มีภาวะเครียด ($\bar{X} = 5.00, S.D. = 2.50$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ระดับมีภาวะเครียด ($\bar{X} = 11.52, S.D. = 2.70$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดฯ ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 19)		Z	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	2.65	0.41	2.66	0.33	-0.52	0.60NS
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.28	0.25	2.56	0.30	-4.87	< .001

* p-value < 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		Z Wilcoxon Singed- Rank test	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 17)	2.65	0.41	3.28	0.25	-3.46	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 19)	2.66	0.33	2.56	0.30	-3.18	< .001

• p-value < 0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ะหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)

ภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 19)		Z Mann - Whitney test	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	9.47	1.66	10.89	2.83	-1.51	0.13ns
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.00	2.50	11.52	2.70	-4.74	< .001

• p-value < 0.05

(ตารางที่ 3) นอกจากนี้ยังพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดฯ อยู่ระดับมีภาวะเครียด ($\bar{X} = 9.47$, S.D. = 1.66) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดฯ อยู่ระดับไม่มีภาวะเครียด ($\bar{X} = 5.00$, S.D. = 2.5) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)

ภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		Z Wilcoxon Singed-Rank test	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 17)	9.47	1.66	5.00	2.50	-3.63	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 19)	10.89	2.83	11.52	2.70	-1.90	0.06 ^{ns}

• p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการใช้โปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น และมีภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองฯ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองฯ ซึ่งเป็นบริการการดูแลสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วย/กลุ่มทดลองร่วมกัน เน้นการสื่อสารแบบสองทาง โดยอ้างอิงความรู้ที่ทันสมัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การบูรณาการความรู้และศักยภาพเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ ทำให้เกิดกิจกรรมการบำบัดที่หลากหลาย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย/กลุ่มทดลอง แนวคิดการจัดบริการรูปแบบใหม่นี้เป็นพื้นฐานของการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹² ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาของคินเดอร์และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผลของโปรแกรมความร่วมมือกันในการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานการดูแลร่วมกับทีม ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร่าลดลง แต่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด

กิจกรรมการดูแลในโปรแกรมการทดลอง ฯ ในห้วง 10 สัปดาห์นี้ ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม (Participation group learning) ที่มีการสอน ทบทวนความรู้ที่สำคัญ และการกระตุ้น/ชี้แนะให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการบำบัดรักษา แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การอภิปรายปัญหาของการดูแลตนเองตามคำแนะนำของทีมบุคลากรวิชาชีพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น กิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้เป็นอย่างดี¹⁹ ส่งผลให้มีภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลง การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) เป็นการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มให้มีการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจและมีแนวทางในการปฏิบัติ ช่วย

ให้สมาชิกได้สำรวจและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการทำความเข้าใจและค้นหาวิธีทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ เกิดทัศนคติที่ดีและนำไปเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น ลดภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อันจะมีผลในเชิงป้องกันภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของการให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริม ที่อธิบายว่าผู้รับการปรึกษาสามารถพัฒนาทัศนคติ ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องตามวิถีของตนเอง¹⁵

การฝึกทักษะการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation skill training) เป็นการฝึกทักษะการคลายเครียด ทำการฝึกปฏิบัติจากนักกายภาพบำบัดและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านเฉลี่ยสัปดาห์ละ 4 วัน โดยหลังฝึกปฏิบัติรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ เกิดทักษะในการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ไม่มีภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของไปยานีและคณะ ที่พบว่า การฝึกการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นการผ่อนคลายที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด²⁵ เนื่องจากความเครียดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งตัว ทำให้เกิดอาการปวดต้นคอ ปวดไหล่ เทคนิคการเกร็ง - คลายกล้ามเนื้อ สามารถลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเนื่องจากภาวะเครียดได้ โดยขณะปฏิบัติจิตใจจะจดจ่อกับกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ การคลายส่งผลทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล²⁰ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการผ่อนคลายด้วยวิธีการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร่าลดลง และค่าเฉลี่ยของความตึงตัวของกล้ามเนื้อจากกล้ามเนื้อตึงเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้กำกับติดตามกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ (Telephone visit) ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติเกร็ง - ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล วิธีการนี้นับว่ามีความสำคัญในการกำกับติดตามการดูแล¹⁷ ช่วยเพิ่มช่องทางการสื่อสารแบบสองทางการกำหนดตารางเวลาติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นการช่วยเตือนความจำและกระตุ้นเตือนไม่ให้ละเลยในการร่วมมือตามแผนการรักษา โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ติดตาม

ผู้ป่วยเชิงรุก^{17,18} ส่งผลให้การดูแลทางคลินิกมีประสิทธิภาพ และประหยัดค่าใช้จ่าย¹³

สรุป โปรแกรมการทดลองฯ นี้เป็นบริการสุขภาพ รูปแบบใหม่ที่บูรณาการความหลากหลายเชิงวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ของแต่ละวิชาชีพ และมีเป้าหมายร่วมกันคือการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพกายด้วยตัวผู้ป่วยเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย วิทยากรเป็นผู้ประสานงานให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ และการบำบัดที่สำคัญในโปรแกรมฯ ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกการเกร็ง - ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการกำกับติดตามทางโทรศัพท์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้านี้ไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพเชิงบูรณาการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลท่าสายทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และการสนับสนุนตลอดกระบวนการศึกษา

References

1. World Health Organization. Global report on diabetes. France: MEO design & communication, meomeo.ch; 2016.
2. Rattarasarn CH. The outbreak of diabetes and the impact on Thailand. Bangkok: Novo Nordisk Pharma (Thailand) Ltd.; 2016. (in Thai)
3. The Emerging Risk Factors. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. N Engl J Med 2012;364:829-41.
4. Klungthumnum K, Wirojratana V, Jitramontree N, Pongthavornkamol K. The Relationships between illness representations, emotional representation and self - care behaviors in older persons with uncontrolled type 2 diabetes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 18(1):135-44. (in Thai)
5. American Diabetes Association. Economic cost of diabetes in the U.S. in 2012. Diabetes Care 2013;36:1033-46.
6. Rungreangkulkij S, Thavornpitak Y, Kittiwatana-paisan W, Kotnara I, Kaewjanta N. Prevalence and factors of depression among type 2 diabetic patients. J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(3):287-98. (in Thai)
7. Unnaphirak L, Ronnarithichai CH, Thongcharoen V, Leelahakul V, Khumtaveeporn P. The pathophysiology in nursing. 8th ed. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2009. (in Thai)
8. Sittipornanan B. Committed suicide due to depression. Bangkok: Kaimo; 2007. (in Thai)
9. Lopes A, Perry IS, Bavaresco DV, Tuon L, Ceretta LB, Simões PW, Ribeiro RS. Association between major depression and type 2 diabetes mellitus: a Meta-analysis and meta-regression. Obs Stud 2016;9:103-52.
10. Department of Mental Health. Clinical practice guideline of psychosocial intervention for depressive disorder for psychiatric nurse in tertiary care. n.p.: 2011. (in Thai)
11. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. Diabetes Res Clin Pract 2010;87:302-12.
12. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. Classification and diagnosis of diabetes. Diabetes Care 2016;39: 13 - 22.

13. Unutzer J, Harbin H, Schoenbaum M, Druss B. The Collaborative care model: An Approach for Integrating Physical and Mental Health Care in Medicaid Health Homes. HEALTH HOME Information Resource Center 2013; 1-13.
14. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo, A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2013;13:260-71.
15. Akwarangkoon S. Psychiatric and mental health nursing: The art and science to practice. 3rd ed. Nakhonsithammarat: Samonlada; 2016. (in Thai)
16. Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, Bauer MS. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. Curr Psychiatry Rep 2013;15:383-99.
17. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). Cochrane Database Syst Rev 2012;10: 1-229.
18. Fletcher J, Bower PJ, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L. Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care (Protocol). Cochrane Database Syst Rev 2009;4: 1-7.
19. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. A Participatory Training Manual. Bangkok: Wongkamol productions; 2001. (in Thai)
20. Bureau of Non Communicable Diseases. Health behavior change program for nurse case manager. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2016. (in Thai)
21. Chamusri S. Mental health status: Hope and self-care behaviors in mental health of the elderly in Mahasarakam municipality. KKU Journal for Public Health Research 2013; 6(1): 141-150. (in Thai)
22. Chouykhumchoo A. The effects of group counseling emphasizing cognitive behavioral restructuring on depressive symptoms and psychological self-care behaviors in patients with chronic medical illness and depressive disorder. Thai Journal of Nursing Council 2011;26(1):70-81. (in Thai)
23. McGuire BE, Morrison TG, Hermanns N, Skovlund S, Eldrup E, Gagliardino J, et al. Short-form measures of diabetes-related emotional distress: the problem area in diabetes scale PAID- 5 and PAID-1. Diabetologia 2010;53:66-9.
24. Kinder LS, Katon WJ, Ludman E, Russo J, Simon G, Lin E. Improving depression care in patients with diabetes and multiple complications. J Gen Intern Med 2006;21:1036-41.
25. Piyanee KY, Win NO, Pey Ying SY, Ying L. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. Aging Ment Health 2014;19:1043-55.
26. Muijeen K, Ruchiwit M, Somprasert CH. The effect of progressive muscular relaxation program and group supportive psychotherapy on the depression level of the elderly with chronic illness. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2012; 26(1):19-34. (in Thai)