

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลจิตเวช:

การบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน พย.ม. รพ.ศ.¹, สุพัตรา สุขาวท พร.ด.¹,
เกษราภรณ์ เคนบุปผา พร.ด.^{2*}, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ พย.ม.³,
ไพรัตน์ ชมภูบุตร พย.บ.¹, สุปราณี พิมพ์ตรา พร.ด.¹

บทคัดย่อ

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวช โดยวัดผลลัพธ์อาการซึมเศร้า การหายทูเลา วันนอนในโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ พยาบาลจิตเวชมีความพึงพอใจและมั่นใจในการนำไปใช้ รูปแบบการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนว GRADE 2) ทดลองใช้และปรับปรุง โดยทดลองใช้กับพยาบาลจิตเวช 5 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีอาการระดับเล็กน้อยขึ้นไป 15 คน ประเมินผลด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 3) ประเมินผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 44 คน และพยาบาลจิตเวช 10 คน ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับระยะที่ 2 แต่ไม่ซ้ำกลุ่มกัน ติดตามประเมินผลในระยะ 2 และ 6 เดือน และความพึงพอใจและมั่นใจในการนำไปใช้ของพยาบาลจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ การทดสอบไคสแควร์ และแมนนิตยัยยู และ 4) ปรับปรุงและนำไปใช้ ผลการศึกษาได้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามระดับความรุนแรงของอาการ มีคำแนะนำเข้มแข็งและหลักฐานคุณภาพสูง การบำบัดทางสังคมจิตใจมีคำแนะนำเข้มแข็งและหลักฐานคุณภาพปานกลางสำหรับอาการเล็กน้อยถึงปานกลางควรบำบัดด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย แก้อาการซึมเศร้า จิตบำบัดประคับประคอง กระตุ้นพฤติกรรม หวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด บำบัดความคิดและพฤติกรรม และจัดการตนเอง และอาการปานกลางควรบำบัดด้วยการดูแลแบบผสมผสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างวิชาชีพ บำบัดความคิดและพฤติกรรม และมีคำแนะนำเข้มแข็งและหลักฐานคุณภาพสูงสำหรับอาการปานกลางถึงรุนแรงควรบำบัดด้วยโปรแกรมความคิดและพฤติกรรม และเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

ผลการศึกษา: หลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร่าลดลง อัตราการหายทูเลาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) และไม่กลับเป็นซ้ำในเวลา 2 และ 6 เดือน พยาบาลจิตเวชมีความพึงพอใจและมั่นใจในการนำไปใช้เพิ่มขึ้น การกลับมารักษาซ้ำ และวันนอนในโรงพยาบาลลดลง

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า แนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดทางสังคมจิตใจ ลดอาการซึมเศร้า การหายทูเลา การกลับเป็นซ้ำ การกลับมารักษาซ้ำ วันนอนในโรงพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

* Corresponding author e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th

วันที่รับ (received) 2 ม.ค.2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.พ. 2567

Development and Evaluation of Clinical Practice Guidelines for Psychiatric Nurses: Psychosocial Therapy in Depressive Disorders

Jintana Leejongpermpoon RN, M.P.A.¹, Supatra Sukhawaha RN, Ph.D.¹,
Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D.^{2*}, Hathairat Saima-in M.S.³,
Pairat Choombubut RN, B.N.S.¹, Supranee Primtra RN, Ph.D.¹

Abstract

Psychiatric nurses play a crucial role in the medical field, particularly in caring for patients with depression. The objectives of this research were to develop and study the outcomes of clinical and psychosocial interventions for patients with depression, focusing on psychiatric nurses' roles. The assessment included measuring the results of depressive symptoms, recurrence rates, hospital readmissions, satisfaction levels, and confidence among mental health nurses. The research and development process was comprised four phases: 1) Development of the guidelines according to the GRADE approach. 2) Trial usage and refinement at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, involving implementation with 5 psychiatric nurses and 15 depressed patients exhibiting mild or more serious symptoms who were assessed using the 9-item Depression Scale (9Q). 3) Evaluation of the developed guidelines through quasi-experimental research involving 44 depressed patients and 10 psychiatric nurses with similar characteristics to those in phase 2, but who were not participants in the primary trial. Follow-up assessments occurred at 2 and 6 months to evaluate satisfaction and confidence related to using the approach among the psychiatric nurses. Data analysis employed frequency percentages, Chi-square tests, and Mann-Whitney U tests. 4) Refinement and implementation of the study results, leading to the development of clinical practice guidelines tailored to the severity levels of the patients' symptoms. The study's outcomes provided strong recommendations and high-quality evidence supporting the use of clinical practices based on the severity of symptom. For mild to moderate symptoms, exercise therapy, problem-solving, psychoeducation, behavioral activation, reminiscence therapy, mindfulness-based cognitive therapy, cognitive behavioral therapy, and self-management are recommended. For moderate to severe symptoms, collaborative care and cognitive-behavioral therapy were recommended, as well as there being strong recommendations with high-quality evidence for both cognitive and behavioral interventions.

The results: The study revealed a significant reduction in depressive symptoms and recurrence rates among the patients the experimental group compared to the control group ($p < .05$). Nurse satisfaction with and confidence in employing the interventions increased, leading to a decrease in the incidence of hospital readmissions and the number inpatient days.

Keywords: major depressive disorders, clinical nursing practice guideline, reduction in depressive symptoms, remission, relapsed, re-admission, length of stay

¹ Registered Nurse, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

* Corresponding author e-mail: kenbubpha@outlook.co.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับสองของภาวะทุพพลภาพของทั่วโลก¹ การรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้หายทุเลาร้อยละ 70.6² ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการจัดการกับโรคซึมเศร้า ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัย และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการบำบัดทางสังคมจิตใจที่เป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันทางการแพทย์ แต่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาแล้วกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 38³ ซึ่งความชุกชั่วชีวิตของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 2-21 โดยในประเทศแถบยุโรปมีความชุกสูงกว่าประเทศในแถบเอเชีย⁴ ส่วนในประเทศไทย พบความชุกร้อยละ 1.8⁵ ในปี 2549 กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นหน่วยงานบริหารจัดการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคซึมเศร้าของประเทศไทย ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า⁶ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 5.05 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 86.65 ในปี 2565⁷ และได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวช⁸ หลังการนำไปใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี ได้ติดตามประเมินผล พบว่า การบำบัดในแนวปฏิบัติดังกล่าวยังไม่มีการทดสอบประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับ ความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าในคนไทย พยาบาลไม่มั่นใจในการนำไปใช้ ผู้ป่วยปฏิเสธรับการบำบัด ที่หลายขั้นตอน เป็นต้น⁹ ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพต่อการหายทุเลาลดลง วันนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นเฉลี่ย 19 วัน เป็น 21 วัน กลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.5¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีการพัฒนารูปแบบ การบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวช ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT)¹¹ ทำให้หายทุเลาร้อยละ 94.44 ($p > .05$) การดูแลแบบผสมผสานความร่วมมือ ในการดูแลระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional collaborative care: ICC) ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 ลดลงเท่ากับ 1.495 ($p > .05$)¹² การบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy : SPT) ทำให้หายทุเลาในสัปดาห์ที่ 3 คือ 84.62 (95%CI=4.38 to 9.92)¹³ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy: PST) ทำให้หายทุเลาร้อยละ 94.12¹⁴ กลุ่มบำบัด แบบนวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขสำหรับผู้สูงอายุ (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ทำให้หายทุเลา ร้อยละ 80 (RR=1, 95%CI=0.70-1.43)¹⁵ ถึงแม้ว่า รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจดังกล่าว จะเป็นงานวิจัย เดียวที่มีผลต่อการหายทุเลา แต่ก็ยังไม่เคยนำมาทบทวนงานวิจัยว่า มีคุณภาพสูง มีข้อเสนอแนะ จากผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีข้อผิดพลาด หรือยืนยันถึงประสิทธิผลร่วมกับผลลัพธ์เชิงบวกที่จะเกิดขึ้นจากการบำบัด ทำให้พยาบาลจิตเวชมั่นใจ หรือนำไปวางแผนการบำบัดที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของอาการโรค ซึมเศร้า รวมทั้งยังไม่ชัดเจนในการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมชัดเจน¹⁶ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อติดตามในระยะ 1 และ 3 เดือน ภาวะซึมเศร้าลดลง ร้อยละ 100¹⁷ เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับมารดาหลังคลอดและหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 90 พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 100¹⁸ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวมีเป้าหมายในการลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ยังไม่ครอบคลุมระยะหายทุเลาและการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวช

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมาทำการจัดระดับคุณภาพ คำแนะนำ รวมทั้งการกำหนดแนวทาง ในการติดตามประเมินผลตามการดำเนินของโรค คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากกระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์ อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้การพยาบาล โดยนำหลักการของชูชีพ¹⁹ บูรณาการร่วมกับแนวคิด ของ Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation (GRADE)²⁰⁻²¹

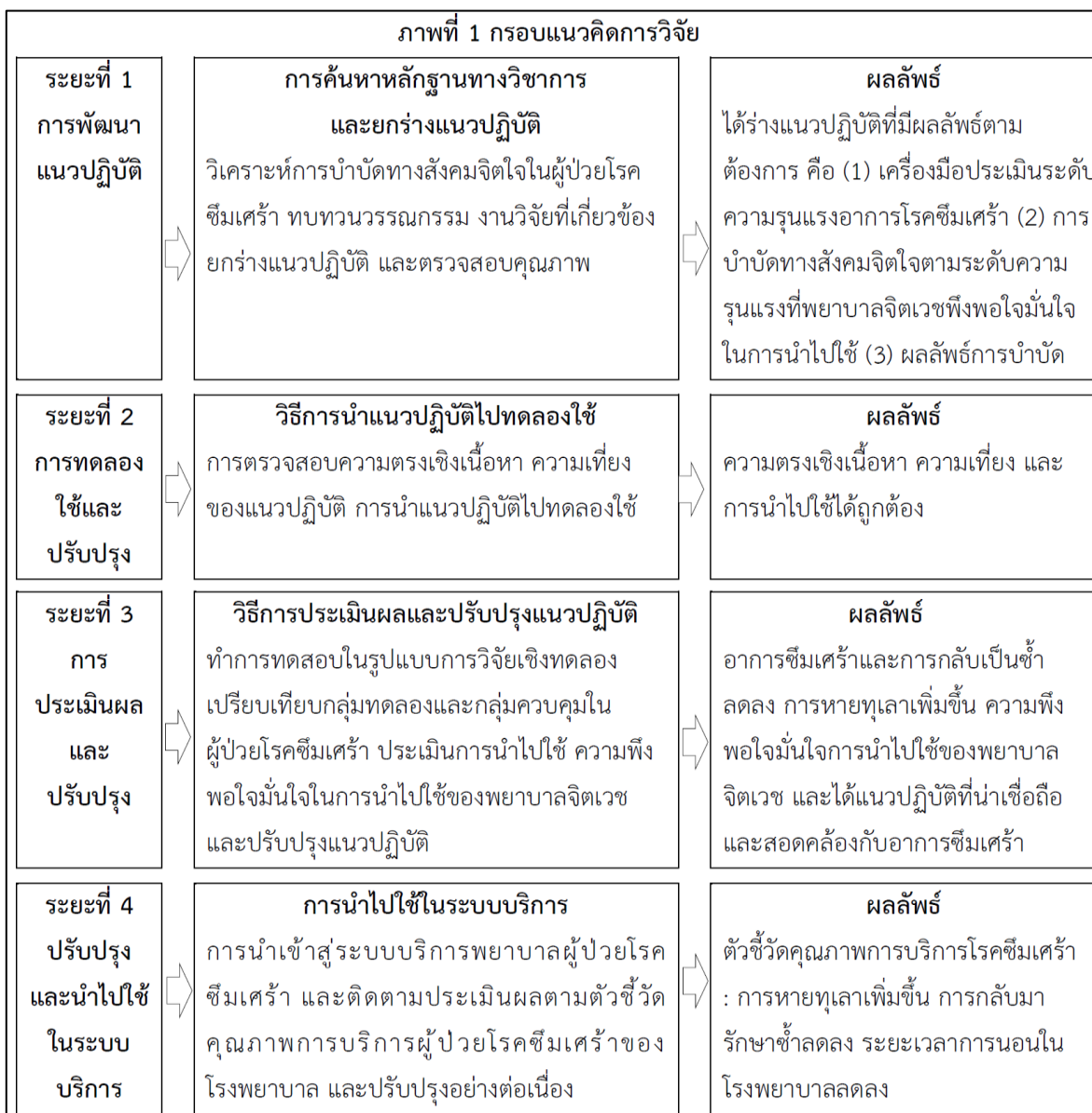
มาพัฒนาแนวปฏิบัติในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) ที่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา ศึกษาแนวคิดทฤษฎี การพัฒนาต้นแบบ ทดลองใช้ ปรับปรุงต้นแบบ นำไปประเมินผลในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง จากนั้นทำการปรับปรุงให้เหมาะสม แล้วนำไปใช้ในระบบบริการ และติดตามประเมินผลให้ครอบคลุมตามการดำเนินของโรค²² สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และสร้างความพึงพอใจ มั่นใจในการนำไปใช้ของพยาบาลจิตเวช หากการบำบัดตามแนวปฏิบัตินี้มีผลต่อผลลัพธ์ในเชิงบวก ไม่เพียงจะเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แต่จะทำให้พยาบาลจิตเวชมีอิสระในการบริการตามมาตรฐานของวิชาชีพที่จะให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามระดับความรุนแรงของอาการบนหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน มีความมั่นใจในการบำบัดร่วมกับประสบการณ์ความเชี่ยวชาญทางคลินิกโรคซึมเศร้า เกิดการยอมรับจากผู้ป่วยให้มีความร่วมมือรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า ลดลง หายทุเลาเพิ่มขึ้น การลดลงของการกลับเป็นซ้ำ วันนอนในโรงพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำ และพยาบาลพึงพอใจและมั่นใจในการนำไปใช้ และส่งผลต่อความคุ้มค่าในระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวชตามหลักฐานเชิงประจักษ์
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่ออาการซึมเศร้า การหายทุเลา การกลับเป็นซ้ำลดลง วันนอนในโรงพยาบาลลดลง การกลับมารักษาซ้ำลดลง และความพึงพอใจความมั่นใจในการบำบัดตามแนวปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของชูชีพ¹⁹ ที่เน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่แก้ไขปัญหาทางคลินิก ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์บูรณาการร่วมกับแนวคิดของ The Grading Method²⁰⁻²¹ ที่เน้นผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลสุขภาพที่สำคัญ การทบทวนเป็นระบบ และกำหนดคำแนะนำในเชิงคลินิก การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับลักษณะอาการ มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม ตามประเภทของการบำบัด สามารถลดอาการซึมเศร้าจนหายทุเลา ลดการกลับเป็นซ้ำ วันนอนโรงพยาบาล และอัตราการรักษาซ้ำ และเพิ่มศักยภาพการบำบัดทางสังคมจิตใจของพยาบาลจิตเวช แสดงตามภาพที่ 1



สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวช มีอาการของโรคซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวช มีอาการหายทุเลาแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวช มีร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในช้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. พยาบาลจิตเวชมีความพึงพอใจและมั่นใจในการบำบัดตามแนวปฏิบัติหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะ และนำไปใช้แตกต่างจากก่อนการพัฒนาสมรรถนะและนำไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เนื่องจากมีการวิเคราะห์สภาพปัญหา แนวคิดทฤษฎี การยกย่องต้นแบบ การทดลองใช้ ปรับปรุง และประเมินผลในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบ การปรับปรุง การนำไปใช้ในระบบบริการ การประเมินผล และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2564-กันยายน 2566 มี 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 จัดลำดับและกำหนดขอบเขตของปัญหาของโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ปัญหา ความแตกต่างหลากหลายในการปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการจัดทำที่เหมาะสม และพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกรอบคำถามและกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องการ คือ 1) การประเมินระดับความรุนแรงอาการ 2) การบำบัดทางสังคมจิตใจตามระดับความรุนแรง 3) ผลลัพธ์คือ อาการซึมเศร้ามลดลง การหายทุเลาเพิ่ม วันนอนในโรงพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำลดลง

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและคัดเลือกหลักฐานทางวิชาการในฐาน Databases: International Health Technology Assessment websites, PubMed, Cochrane Collaboration, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL via EBSCO search engine, EMBASE, Clinical Evidence, BMJ Clinical Evidence, Blackwell Synergy, NIH Public Access โดยคัดเลือกเฉพาะหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวข้อง และนำไปใช้สำหรับพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย ใช้คำสืบค้นที่เกี่ยวข้อง การบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ depressive disorder; major depressive disorder; reducing symptoms of depression; psychological therapy; cognitive behavioral therapy; mindfulness-based cognitive therapy; interpersonal psychotherapy therapy; Problem solving therapy; exercise therapy, reminiscence therapy เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ ความครบถ้วนสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินคุณภาพหลักฐานทางวิชาการของแต่ละผลลัพธ์ และสรุปผลที่ได้จากระดับคุณภาพของหลักฐานโดยรวม ประเมินค่าผลทางสถิติในทุกผลลัพธ์ และความมั่นใจ โดยงานวิจัยเชิงทดลองประเภท RCTs เป็นระดับ High (4 คะแนน) และ Observational studies เป็นระดับ Low (2 คะแนน) และทำ Critical appraisal เพื่อพิจารณาปัจจัยเพิ่มลดระดับคุณภาพหลักฐานทางวิชาการ

ขั้นตอนที่ 6 จัดทำคำแนะนำ ตามทิศทางคือ สนับสนุน/คัดค้าน และความเข้มแข็งคือ Strong และ Weak

ขั้นตอนที่ 7 ยกร่างแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาล และจัดทำคำแนะนำโดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบความสมดุลระหว่างผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ คุณค่าและความนิยม เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาในการบำบัดสำหรับพยาบาลจิตเวช

ระยะที่ 2 ทดลองใช้และปรับปรุง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ปรับปรุงเพื่อให้แนวเวชปฏิบัติทางคลินิกที่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหา และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ใช้

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ไม่จำกัดเพศ และพยาบาลจิตเวชที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ไม่จำกัดเพศ ที่อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป ที่ประเมินด้วย 9Q ที่มีคะแนนระดับเล็กน้อยขึ้นไป ($9Q \geq 7$) จำนวน 15 คน เข้ารับการทดลองตามเกณฑ์การคัดเลือก และพยาบาลจิตเวช แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน

5 คน เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมการบำบัดทางสังคมจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 เครื่องมือ คือ

1. แบบประเมิน 9Q ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อคัดเลือกรูปแบบการบำบัด และประเมินผลลัพธ์ พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ²² มีค่า Pearson's product-moment correlation เท่ากับ 0.719 (95% CI=0.690 to 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสม คือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า Positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.8965 (95% CI= 0.8501 to 0.9429) ช่วงค่าคะแนน 7-12 เป็นระดับเล็กน้อย คะแนน 13-17 เป็นระดับปานกลาง คะแนน 18 ขึ้นไป เป็นระดับรุนแรง ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (Positive likelihood ratio) เป็น 16.6 เท่า

2. แบบประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คณะผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²³ โดยเพิ่มเติมประเภทของการบำบัด ความพึงพอใจและความมั่นใจ 12 ข้อหลัก โดยประเมินภาพรวม 5 ข้อ และประเด็นย่อยตามการบำบัดแต่ละ 7 ข้อ เป็น Rating scale 5 ระดับ คือ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วยมาก 3) เห็นด้วย 4) เห็นด้วยน้อย 5) ไม่เห็นด้วย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และมีค่า intra-rater reliability เท่ากับ 0.94

3. เครื่องมือในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจ ที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยตามแนวทางของชูชีพ¹⁹ และ GRADE²⁰⁻²¹ ที่พยาบาลจิตเวชให้การบำบัดได้ มี 9 รูปแบบ คือ 1) การออกกำลังกาย (Exercise therapy; ET)²⁴ 2) การแก้ปัญหาคือ (Problem solving therapy; PST)¹⁴ 3) จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy; SPT)¹³ 4) การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation; BA)²⁵ 5) การทบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy reminiscence therapy; HRT)¹⁵ 6) การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-based cognitive therapy: MBCT)²⁶ 7) โปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program; SMP)²⁷ 8) การดูแลแบบผสมผสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional collaborative care: ICC)¹² 9) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT)¹¹ ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงของแนวปฏิบัติ และการตรวจสอบฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้าและพัฒนาแนวปฏิบัติ 3 คน เป็นอาจารย์จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 2 คน มีค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.73 แสดงว่า แนวปฏิบัติเหมาะสม ใช้ได้ตามเนื้อหา และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย²⁸⁻²⁹ และมีการตรวจสอบค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช 5 คน ด้วยการหาค่า Inter-rater reliability เท่ากับ 0.86²⁹ เพื่อทดลองบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 15 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดประเมิน 9Q นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินทำการบำบัดรายบุคคล และประเมินด้วย 9Q เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันที ส่วนพยาบาลประเมินก่อนและหลังการนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล การลดอาการซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยเปรียบเทียบค่าคะแนน 9Q ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน คือ สถิติ Wilcoxon signed-ranks test

ระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุง เป็นการทดสอบแบบ Quasi-experimental control group design เป็นการทดสอบเพื่อประเมินประสิทธิผลตามผลลัพธ์สำคัญทางคลินิก

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ไม่จำกัดเพศ ที่อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป และพยาบาลจิตเวชที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่มคือ

1. พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 10 คน ที่ไม่เข้ากับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 มีทักษะและประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เข้ารับการอบรมการใช้แนวปฏิบัติมีค่า Cohen's Kappa coefficient 0.89 (95%CI = 0.25-0.98)

2. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2564-2566 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช³⁰ ไม่จำกัดเพศ อายุ 18 ปี ขึ้นไป มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป จำนวน 44 คน ไม่เข้ากับการทดลองใช้ โดยให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Eligibility criteria) ดังนี้

1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย จำแนกโรคทางจิตเวชตาม DSM 5³⁰ รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และได้รับยาต้านเศร้า

2) มีผลการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q มีระดับอาการของโรคซึมเศร้าเล็กน้อยขึ้นไป ($9Q \geq 7$)²²

3) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เช่น ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากแบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย³¹

4) ไม่มีโรคร่วมที่อาจส่งผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง เป็นต้น และไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคอารมณ์ชนิดสองขั้ว หรือปัจจุบันอยู่ในช่วงเมเนีย

5) สามารถเข้าร่วมได้ครบทุกกิจกรรม และไม่อยู่ในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรมอื่น

6) กลุ่มตัวอย่างจะถูกยุติการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าหากมีอาการซึมเศร้ารุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และแพทย์ปรับเพิ่มยาเพราะมีอาการรุนแรง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ใช้สูตรของอรุณ จิรวัฒนกุล³² ในการคำนวณดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}, \quad n = 18.30 \text{ หรือ } 19$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 คน (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา = 2.85 ประมาณ 3 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงครั้งนี้ มีจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น

2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)³¹ เป็นเครื่องมือในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อถือได้ภายในของผู้ประเมิน มีค่า Intra-rater reliability ระหว่าง 0.90 ถ้าผลการคัดกรองปกติจะถูกประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ต่อไป

3) แบบประเมิน 9Q ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ พัฒนาโดยธณินทร์ กองสุข และคณะ²²

4) แบบประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ที่นักวิจัยสร้างขึ้น

5) เครื่องมือในการทดลอง กลุ่มทดลอง ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการบริการตามมาตรฐานแนวทางของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งในงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยใน ที่ไม่ใช่บำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดประเมิน 9Q นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินหรือผู้บำบัดทำการสุ่มเข้ารับการบำบัด โดยให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม นักวิจัยผู้บำบัดมี Intra-rater reliability เท่ากับ 0.85 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองนักวิจัยผู้ประเมินทำการประเมินด้วย 9Q ทันที และติดตามประเมินเดือนที่ 2 และ 6 จากการมาตรวจตามนัด หรือการติดตามทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-Square test

2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

3) การวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยจำนวนและอัตราส่วนร้อยละ รวมทั้งทดสอบความแตกต่างด้วย Chi-Square test

4) วิเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการโรคซึมเศร้า : การหายทุเลาเพิ่มขึ้น การกลับมารักษาซ้ำ และวันนอนในโรงพยาบาล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

5) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจและความมั่นใจในการใช้ของพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการนำไปใช้ ด้วย Paired t-test

6) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและนำไปใช้ในระบบบริการโรงพยาบาล ดำเนินการปรับปรุงและนำไปปฏิบัติในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาล ติดตามผลในภาพรวมตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) พยาบาลจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ ศูนย์ร่มโพธิ์ใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย จิตเวชหญิง โรคซึมเศร้าและผู้ป่วยพิเศษ

เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบประเมิน 9Q²² ประเมินผลลัพธ์อัตราการหาย การกลับมารักษาซ้ำ 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจ โดยนำไปบำบัดรายบุคคลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่มีเกณฑ์การบำบัดตามการวิจัยระยะที่ 2 และ 3) โปรแกรม HOSxP เก็บบันทึกข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระบบการบริการปกติ ที่ประเมินด้วย 9Q²² ก่อนบำบัดตามแนวปฏิบัติทางคลินิก แล้วบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxP ทุกราย ติดตามประเมินผลทุก 1 เดือน ตามแผนการศึกษา จนครบ 6 เดือน ก่อนวัดผลสำเร็จในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP ใน 2 เดือน และ 6 เดือน มาวิเคราะห์ผลลัพธ์อัตราการหายทุเลา การกลับมารักษาซ้ำ และวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข COA. 011/2564 รับรองวันที่ 25 ตุลาคม 2564 และ COA. 011/2563 รับรองวันที่ 25 ตุลาคม 2566 (ขอต่ออายุครั้งที่ 1)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวชตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นผลจากการดำเนินการระยะที่ 1 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ได้ขอบเขตการพัฒนาและความสำคัญคือ ก่อนการบำบัดควรมีการประเมินระดับ ความรุนแรงของอาการ และให้การบำบัดตามระดับความรุนแรงตามผู้ป่วยยอมรับ และประเมินผลลัพธ์ อย่างต่อเนื่อง และควรเป็นการบำบัดที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้

ขั้นตอนที่ 2 ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องการ คือ 1) การประเมินระดับความรุนแรงอาการ 2) การบำบัด ทางสังคมจิตใจตามระดับความรุนแรง 3) ผลลัพธ์คือ อาการซึมเศร้าลดลง การหายทุเลาเพิ่มขึ้น การกลับเป็นซ้ำลดลง วันนอนในโรงพยาบาลลดลง และอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง

ขั้นตอนที่ 3 จากการสืบค้นงานวิจัยที่มีการเผยแพร่ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 ถึงพ.ศ. 2564 พบงานวิจัย เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่ตรงตามเกณฑ์ 16 เรื่อง มีในประเทศไทย 8 เรื่อง ได้แก่ Khon Kaen University Depression Inventory Revised (KKU-DI)³³ Hamilton Rating Scale for Depression (Thai HRS.D.-17)³⁴ MADRS ฉบับภาษาไทย³⁵ TGDS ฉบับภาษาไทย³⁶ PHQ-9 ฉบับภาษาไทย³⁷ แบบประเมิน 9Q³⁸ แบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุงภาษากลาง²² แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า³⁹ และการบำบัดทางสังคมจิตใจตามระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่พัฒนาในประเทศไทย 28 เรื่อง แต่ไม่พบงานวิจัย ET ที่ศึกษากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีงานวิจัย 12 เรื่องที่บำบัดตามระดับ ความรุนแรงอาการของการบำบัด PST, SPT, BA, HRT, MBCT, ICC, CBT และ SMP

ขั้นตอนที่ 4 ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องการคือ 1) การประเมินระดับความรุนแรงอาการ ของโรคซึมเศร้าที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในประเทศไทย 2) การบำบัดทางสังคมจิตใจตามระดับความรุนแรงที่พัฒนา ในประเทศไทย 3) ประเมินผลลัพธ์การบำบัด คือ อาการซึมเศร้าลดลง อัตราการหายทุเลาเพิ่ม การกลับเป็นซ้ำ ลดลง วันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง (แสดงผลในตารางที่ 1)

ขั้นตอนที่ 5 ได้ทำการจัดระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์แนวทาง GRADE โดยจัดระดับออกเป็น High quality of evidence ได้แก่ งานวิจัยเชิงทดลองประเภท RCTs คือ CBT ระดับ Moderate quality of evidence ได้แก่ งานวิจัยประเภทกึ่งทดลองที่มีข้อจำกัดของวิธีการวิจัย ความไม่แม่นยำ (Imprecision) จากกลุ่มตัวอย่างเป็นขนาดเล็ก และช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง PST คือ HRT, MBCT, ICC, BA, SPT และ SMP

ขั้นตอนที่ 6 พบว่า การประเมินระดับความรุนแรงอาการควรใช้แบบประเมิน 9Q (Strong recommendation, high quality of evidence) ควรใช้แบบประเมิน 9Q ประเมิน 3 ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าลดลง ภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 50 ของอาการซึมเศร้าก่อนบำบัด 2) อาการซึมเศร้าลดลง 9Q น้อยกว่า 7 คะแนน ภายใน 2 เดือน และ 3) อัตราการกลับเป็นซ้ำ 9Q น้อยกว่า 7 คะแนน ภายใน 6 เดือน หลังหายทุเลา (Strong recommendation, high quality of evidence) และการบำบัดทางสังคมจิตใจ ตามระดับความรุนแรง พบว่า การบำบัดด้วย ET, PST, SPT, BA, HRT, MBCT, ICC, CBT และ SMP ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง การหายทุเลาเพิ่ม (strong recommendation, moderate quality of evidence) มี MBCT, CBT และ SMP ทำให้การกลับเป็นซ้ำลดลง (Strong recommendation, moderate quality of evidence) ยังไม่พบการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ทำให้วันนอนในโรงพยาบาลลดลง แต่มีคำแนะนำว่า การจัดการโรคซึมเศร้าที่สอดคล้องกับระดับอาการของโรคซึมเศร้า ทำให้ลดอาการโรคซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 50 ทำให้วันนอนในโรงพยาบาลลดลง (strong recommendation, low quality of evidence)⁴⁰ ส่วนการบำบัดอาการระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรบำบัดด้วย ET, PST, SPT, BA, HRT, MBCT และ SMP (strong recommendation, moderate quality of evidence) ระดับปานกลางควรบำบัดด้วย ICC, CBT

(Strong recommendation, moderate quality of evidence) ระดับปานกลางถึงรุนแรงควรบำบัดด้วย CBT และ MBCT (Strong recommendation, high quality of evidence) (ตามตารางที่ 1)

ขั้นตอนที่ 7 ได้ยกร่างแนวปฏิบัติที่มีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และให้การบำบัดตามระดับความรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาในการบำบัดสำหรับพยาบาลจิตเวช

2. การทดสอบประสิทธิผล การนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่ออาการซึมเศร้า การหายหุเลา การกลับเป็นซ้ำ วันนอนในโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจความมั่นใจในการบำบัดตามแนวปฏิบัติของพยาบาลจิตเวช เป็นผลจากการวิจัยระยะที่ 2-4 ดังนี้

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และปรับปรุง พบว่า จากข้อมูลก่อนและหลังการบำบัดไม่ແจกແจงแบบไค้งปกติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานแทนค่าเฉลี่ย โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อน-หลังที่ไม่เป็นอิสระต่อกันด้วย signed-rank test พบว่า มีความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=3.41$; $p=0.0006$) ($p < 0.05$) โดยก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนซึมเศร้า = 45 (IQR=21-58) ส่วนหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานคะแนนซึมเศร้า = 0 (IQR =0-1) และมีข้อเสนอแนะจากพยาบาลจิตเวชทุกคนว่า ให้มีการอบรมการใช้แนวปฏิบัติ และทบทวนทักษะการบำบัด MBCT, SMP, BA

ตารางที่ 1 ตารางสรุปข้อเสนอแนะ (Summary of recommendations)

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
การประเมินระดับความรุนแรงอาการควรใช้แบบประเมิน 9Q เพราะมีความเหมาะสมในการประเมินความรุนแรงของอาการเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่มาตรฐานสากล
<i>Strong recommendation, high quality of evidence</i>
ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q)
<i>Strong recommendation, moderate quality of evidence</i>
การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า
การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ควรมีการพิจารณาอาการ สัมภาษณ์ประวัติเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ประวัติและปัญหาทางสังคม และการประกอบอาชีพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยทางจิต โรคร่วมทางกายที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า
<i>Strong recommendation, high quality of evidence</i>
การบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
บำบัดด้วย ET PST SPT BA HRT MBCT และ SMP
<i>Strong recommendation, moderate quality of evidence</i>
การบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง
ในรายที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยบำบัดด้วย ICC, CBT
<i>Strong recommendation, moderate quality of evidence</i>
การบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง
บำบัดด้วย CBT, MBCT
<i>Strong recommendation, high quality of evidence</i>
การประเมินผล
ควรใช้แบบประเมิน 9Q ประเมิน 3 ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้ามลดลง ภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 50 ของอาการซึมเศร้ามก่อนบำบัด 2) อาการซึมเศร้ามลดลง 9Q น้อยกว่า 7 คะแนน นาน 2 เดือน และอัตราการกลับเป็นซ้ำ 9Q น้อยกว่า 7 คะแนน ภายใน 6 เดือน หลังจากหายหุเลา
<i>Strong recommendation, high quality of evidence</i>

ระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุง พบว่า ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนน 9Q ลดลงจาก Baseline $\geq 50\%$ ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($RR = 1$, $95\%CI = 0.03-48.28$; $p = 1.00$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3) หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4) ซึ่งมีสัดส่วนการหายมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการบำบัด เป็น 0.06 เท่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตาม ในระยะติดตาม 2 และ 6 เดือน มีสัดส่วนการหาย 0.20 เท่า 0.07 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5) และโอกาสที่กลุ่มทดลองจะกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะการติดตาม ซึ่งมีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เป็น 0.13 เท่า และ 0.20 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 6) ส่วนความพึงพอใจและความมั่นใจของพยาบาลจิตเวชในการนำไปใช้พบว่า มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจและความมั่นใจในการใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนนำไปใช้ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-square test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n= 22)		กลุ่มควบคุม (n= 22)		χ^2	p-value
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ		
เพศ : ชาย/หญิง	8/14	36.36/63.64	6/16	27.27/72.73	0.42	0.51
อายุ (ปี)					0.58	0.91
≤ 20	3	13.64	3	13.64		
21-35	4	18.18	6	27.27		
36-59	12	54.55	10	45.45		
≥ 60	3	13.64	3	13.64		
Min= 18, Max= 72, Mean (S.D.)= 43.86 (15.99)			Min= 18, Max= 70, Mean (S.D.)= 40.86 (15.72)			
เชื้อชาติ:ไทย	22	100	22	100		-
สถานภาพสมรส					1.25	0.74
โสด	7	31.82	7	31.82		
อยู่ด้วยกัน	11	50.00	10	45.46		
หย่า	3	13.63	2	9.09		
หม้าย	1	4.55	3	13.63		
ระดับการศึกษา					0.95	0.91
ประถม	5	22.72	5	22.72		
มัธยมต้น	-	0	1	4.55		
มัธยมปลาย	3	13.64	3	13.64		
อนุปริญญา,ปวช.ปวส.	2	9.09	4	18.18		
ปริญญาตรี	10	45.45	8	36.36		
ปริญญาโท	1	4.55	1	4.55		
ปริญญาเอก	1	4.55	-	0		
อาชีพ					0.95	0.45
รับจ้าง	6	27.27	6	6.67		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	18.18	2	9.09		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n= 22)		กลุ่มควบคุม (n= 22)		χ^2	p-value
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ		
ค้าขาย	3	13.64	3	13.64	0.64	0.72
เกษตรกร	3	13.64	3	13.64		
ไม่ประกอบอาชีพ	6	27.27	8	36.37		
ระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าก่อนทดลอง						
มีระดับน้อย	2	9.09	3	13.64		
มีระดับปานกลาง	1	4.55	2	9.09		
มีระดับรุนแรง	19	86.36	17	90.90		
Baseline 9Q score	Median=49, IQR= 29		Median= 28, IQR =34			

*p<0.05; หมายถึง: ทุกคนได้รับยาต้านเศร้า

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้ามลดลงจาก baseline $\geq 50\%$ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากการบำบัด โดย intention to treat analysis

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n= 22)		กลุ่มควบคุม (n= 22)		RR	95%CI	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คะแนน 9Q ลดลงจาก baseline $\geq 50\%$ หลังการบำบัด					1.00	0.03-48.28	1.00
ใช่	22	100	22	100			
ไม่ใช่	0	0	0	0			

*p<0.05; RR=Risk Ratio; หมายถึง: ทุกคนได้รับยาต้านเศร้า

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง ทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 และ 6 เดือน ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q<7 โดยใช้ intention to treat ด้วย Mann-Whitney U test

อาการซึมเศร้า	Mean Rank	N	Mann-Whitney U	p-value*
หลังสิ้นสุดการบำบัด			1640.02	0.015*
■ กลุ่มทดลอง	18.05	22		
■ กลุ่มควบคุม	26.95	22		
ติดตาม 2 เดือน			1778.67	0.117
■ กลุ่มทดลอง	19.50	22		
■ กลุ่มควบคุม	25.50	22		
ติดตาม 6 เดือน			1793.38	0.002*
■ กลุ่มทดลอง	16.32	22		
■ กลุ่มควบคุม	28.68	22		

*p<0.05, หมายถึง: ทุกคนได้รับยาต้านเศร้า

ตารางที่ 5 แสดงการหายจากอาการซึมเศร้าเมื่อหลังสิ้นสุดการบำบัด ระยะติดตาม 2 และ 6 เดือนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q<7 โดยใช้ intention to treat

อาการหาย (Remission)	กลุ่มทดลอง (n= 22) (%)	กลุ่มควบคุม (n= 22) (%)	RR (95% CI)	p-value
หลังสิ้นสุดการบำบัด	19 (86.36)	17 (77.27)	0.60 (0.163 to 2.210)	0.442
ติดตาม 2 เดือน	20 (90.90)	12 (54.54)	0.20 (0.049 to 0.810)	0.024*
ติดตาม 6 เดือน	21 (95.45)	9 (40.90)	0.07 (0.011 to 0.538)	0.009*

*p<0.05, RR: Risk Ratio; การหาย = คะแนน 9Q< 7

ตารางที่ 6 แสดงการกลับเป็นซ้ำหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะติดตาม 2 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้ intention to treat analysis

กลับเป็นซ้ำ (relapse)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		RR (95% CI)	p-value*
	n	%	n	%		
ติดตาม 2 เดือน	1	5.26	7	41.17	0.13 (0.018 to 0.936)	0.042*
ติดตาม 6 เดือน	2	10.52	9	52.94	0.20 (0.050 to 0.795)	0.022*

*p<0.05, RR: Risk Ratio; relapse 9Q≥7 ขึ้นไป หลังจาก remission 9Q< 7

(ในกลุ่มทดลองจำนวนคนที่หายระยะหลังทดลอง =19 คน, กลุ่มควบคุมมีจำนวนคนที่หายระยะหลังทดลอง =17 คน)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจและความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการนำไปใช้ (n=10) ใช้ paired t test

ค่าคะแนนเฉลี่ย	MD	S.D.	95%CI	p-value*
ภาพรวม	-0.90	0.32	(-1.126) – (-0.674)	< 0.001*
ร้อยละของการเพิ่มขึ้น เท่ากับ 90				
ประเภทการบำบัด				
CBT	-0.70	0.68	(-1.183) – (-0.217)	0.010*
PST	-0.40	0.52	(-1.183) – (-0.217)	0.010*
SPT	-0.40	0.52	(-0.769) – (-0.031)	0.037*
HRT	-0.80	0.63	(-1.252) – (-0.348)	0.003*
SMP	-0.70	0.82	(-1.289) – (-0.111)	0.025*
ET	-0.70	0.67	(-1.183) – (-0.217)	0.010*
BA	-0.70	0.82	(-1.289) – (-0.111)	0.025*
MBCT	-0.70	0.68	(-1.183) – (-0.217)	0.010*

MD= Mean difference; S.D.= standard deviation; *p-value < 0.05

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและนำไปใช้ในระบบบริการโรงพยาบาล

หลังการนำไปใช้มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 57.89⁴¹ คณะผู้วิจัยจึงเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) และการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และติดตามประเมินด้วย 8Q หลังบำบัด 2 สัปดาห์ ถ้า 8Q มากกว่า 4 คะแนน ให้ดำเนินการ Conference ในทีมสหวิชาชีพเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์กร

พยาบาล เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถ่ายทอดให้แก่พยาบาลจิตเวชศูนย์ร่วมโพธิ์ใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย จิตเวชหญิง และโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยพิเศษ

ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัตินี้ 1,412 คน จากการติดตามพบว่า มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 2 เดือน 22 คน (ร้อยละ 1.56) และภายใน 6 เดือน 48 คน (ร้อยละ 3.40) สาเหตุจากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง ส่วนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงเป็น 17 วัน ซึ่งลดลงมากกว่าปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม เมื่อทบทวนปัญหาการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในแล้วพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากครอบครัวและบุคคลที่รักได้

คณะผู้วิจัยจึงมีแผนการปรับปรุงแนวปฏิบัตินี้ให้มีการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพิ่มแนวทางการเผชิญปัญหาที่เกิดจากครอบครัวและบุคคลที่รักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือระดับสูง และวางแผนติดตามประเมินผลลัพธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุก 2 เดือน และ 6 เดือน รวมทั้งมีแผนพัฒนาเป็นคู่มือในรูปแบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ที่ง่าย สะดวกใช้ปรับปรุงหลักฐานทางวิชาการให้ทันสมัยอยู่เสมอ และวางแผนจัดการอบรมการใช้ทางออนไลน์แก่พยาบาลจิตเวชเขตสุขภาพที่ 10 และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2567-2568

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดสังคมจิตใจสำหรับพยาบาลจิตเวชตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้แนวปฏิบัติที่มีคำแนะนำในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัดตามระดับความรุนแรง โดยในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง แนะนำให้บำบัดแบบ บำบัดด้วย ET PST SPT BA HRT MBCT และ SMP ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง บำบัดด้วย CBT, MBCT และในรายที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย แนะนำให้บำบัดแบบ ICC

จากผลดังกล่าวถือว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ผ่านการประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของชูชีพ¹⁹ ที่เน้นการพัฒนาการปฏิบัติเชิงคลินิก กระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และมุ่งแก้ไขปัญหาด้านคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดของ GRADE²⁰⁻²¹ ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักการจัดทำตามทฤษฎี ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยค่าความสอดคล้องของเนื้อหา 0.73 สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการผสมผสานการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าสำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ที่พบว่า แนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย การประเมิน การตั้งเป้าหมาย การบำบัดทางสังคมจิตใจ ซึ่งเทคนิคที่ได้ผลในการช่วยผู้ป่วยซึมเศร้าในการวางแผน ตั้งเป้าหมายและประสบความสำเร็จในการดูแลตัวเอง ประกอบด้วย PST, SPT, BA โดยเฉพาะ BA สามารถช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายในการดูแลตัวเองและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ในการบำบัดดังกล่าวจึงมีความสำคัญและจำเป็น⁴² และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ การประเมินถือเป็นขั้นตอนแรกของแนวปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลจำเป็นต้องมีความรวดเร็วในการประเมินต่ออารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการพยาบาลต่อไป และให้คำแนะนำในการบำบัดทางการพยาบาลตามระดับความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ระดับปานกลางใช้ CBT ระดับเล็กน้อยใช้ PST โดยพยาบาลที่ผ่าน

การฝึกอบรม และการที่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที จะลดความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่างๆจากการเป็นโรคซึมเศร้าได้⁴³

การประเมินประสิทธิผล การนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่ออาการซึมเศร้า การหายทุเลา การกลับเป็นซ้ำ วันนอนในโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจ ความมั่นใจการบำบัดตามแนวปฏิบัติ ของพยาบาลจิตเวชพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ มีอาการซึมเศร้ามลดลง และหายทุเลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติตามรูปแบบของการบำบัดที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ผลของการบำบัดทางพยาบาลต่อผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่ที่พยาบาลนิยมใช้ซึ่งทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับความคิด การรับรู้ ความคิดทางลบที่บิดเบือนของผู้ป่วยต่อตัวเองและสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถทำให้ความคิดทางลบที่บิดเบือนเหมาะสมมากขึ้นโดยการกระตุ้นให้คิด และพูดถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เรียนรู้ถึงการนำไปปรับความคิดของตัวเองอันจะช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง^{11,14,25-27} ทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ ความพึงพอใจและมั่นใจในการบำบัดตามแนวเวชปฏิบัติทำให้เกิดสัมพันธภาพในเชิงวิชาชีพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลนำแนวเวชปฏิบัติไปใช้อย่างถูกต้องส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลงผู้ป่วยมีความมั่นใจและให้ความร่วมมือ^{12,44} สอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายกลไกของการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยว่า การกระทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย¹⁵ หากมีการกระทำกิจกรรมมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น²⁴ รวมทั้งการบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการตนเอง²⁷ และสิ่งแวดล้อมที่สูงขึ้นเพิ่มแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขอย่างต่อเนื่อง¹⁵ โดยมี HRT ที่ก่อให้เกิดความสุข สนุก เพลิดเพลิน และกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขจากความภาคภูมิใจและคุณค่าของตนเอง จึงส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง^{15,27,45} ผลลัพธ์ อีกประการที่สำคัญคือ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำในช่วงเวลาที่ Follow up ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพรัตน์ ชมบุญตร และคณะ²⁶ และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดแบบเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ที่เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองและทักษะการรับรู้ การควบคุมอารมณ์และความคิดได้ดีขึ้น ทำให้อารมณ์ซึมเศร้ามลดลงไม่กลับเป็นซ้ำ⁴⁶

ข้อจำกัดของการวิจัย

การบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีหลักฐานทางวิชาการของต่างประเทศส่วนใหญ่ยังไม่มีให้นำมาทดสอบในคนไทย ซึ่งมีความแตกต่างในขั้นตอน กิจกรรม หรือบริบทของคนไทย ในแนวปฏิบัตินี้จึงบรรจุเฉพาะการบำบัดทางสังคมจิตใจที่สอดคล้องกับบริบทของคนไทย และมีการพัฒนาในไทยเท่านั้น และการทดสอบผลของแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ใช้การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้สุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม และไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่แทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการลดลงของอาการของโรคซึมเศร้า และการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยยังได้รับยาต้านเศร้า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. **ด้านนโยบาย** ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลจิตเวชนี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายทาง ในการวางแผนอัตรากำลัง และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช ในการบำบัดทางสังคมจิตใจ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่หน่วยบริการในโรงพยาบาล
2. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรนำไปใช้ในการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับ ความรุนแรงของอาการในสถานบริการ โรงพยาบาลจิตเวช โดยพยาบาลจิตเวชที่จะนำไปใช้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางสังคมจิตใจเฉพาะที่กล่าวไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้
3. **ด้านการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการภายใต้บริบทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ควรมีการปรับปรุงในสอดคล้องกับการบำบัดทางสังคมจิตใจที่สามารถดำเนินการได้ในบริบทของพื้นที่ และศึกษา ประสิทธิภาพในการนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานบริการในหน่วยบริการจิตเวชโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีแผนกจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับ ความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23];396:1204–22. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930925-9>
2. National Clinical Practice Guideline. Depression in adults: the treatment and management [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/short-version-of-draft-guideline>
3. National Institute for Health and Care Excellence. Vortioxetine for treating major depressive disorder. Issue Date [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta367/documents/major-depressive-disorder-vortioxetine-id583-final-scope>.
4. Gutiérrez-Rojas, Porras-Segovia, Dunne, Andrade-González, Cervilla. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Braz J Psychiatry 2020; 42:657-72. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0650.
5. Punnapa Kittiratanapaiboon. Thai national Mental Health Survey 2013. 14th Annual International Mental Health Conference; National Survey Report, Miracle Grand Hall June 17th Miracle Grand Hotel, Bangkok; 2015.

6. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South East Asia J Public Health. 2017;6:34-8. doi: 10.4103/2224-3151.206162. PMID: 28597857.
7. HDC – Dashboard กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
8. กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติทางคลินิกการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/>
9. จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. ผลการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2564.
10. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานผลปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2564.
11. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, พันธิพิทย์ โกศลวัฒน์, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, และคณะ. ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทย: การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
12. ธรณินทร์ กองสุข, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, วรวิทย์ เจริญพร, เกียรติศักดิ์ หาญสิทธิพร, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, และคณะ. รูปแบบการดูแลแบบผสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างวิชาชีพที่มีต่ออาการซึมเศร้าและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
13. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา, เขาวนิ ล่องซุผล, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
14. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา, เขาวนิ ล่องซุผล, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, พันธิพิทย์ โกศลวัฒน์, และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
15. วาสนา เหล่าคงธรรม, สุปราณี พิมพ์ตรา, ธรณินทร์ กองสุข, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558;29:12-27.
16. ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. ผลการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2563.
17. ละเอียด ปานนาค, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, นารี เครือขำ, พชรินทร์ ภักดินวล. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2553;19:447-56.

18. สุวริย์ เพชรแต่ง, คชารัตน์ ปรีชล. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในชุมชนตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย 2564;14:207-20.
19. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. The Nursing clinics of North America 2002;35:301-9.
20. ธรรณิทธิ์ กองสุข, วิมลพัชร กิตติธรรณิทธิ์, สุนทรี ศรีโกสย, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. คู่มือการจัดทำแนวปฏิบัติทางจิตเวช. กรมสุขภาพจิต; 2558.
21. Schunemann HJ, Brennan S, Akl EA, Hultcrantz M, Alonso Coello P, Xia J, et al. The development methods of official GRADE articles and requirements for claiming the use of GRADE - a statement by the GRADE guidance group. J Clin Epidemiol 2023;159:79-84. doi: 10.1016/j.jclinepi.2023.05.010.
22. ธรรณิทธิ์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:321-34.
23. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ (Clinical Practice Guideline of Psychosocial Intervention for Depressive Disorder for Psychiatric nurse in Tertiary Care) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/www/58/cnpgtertiarycare.pdf>
24. Xie Y, Wu Z, Sun L, Zhou L, Wang G, Xiao L, et al. The Effects and mechanisms of exercise on the treatment of depression. Front Psychiatry 2021;12:705559. doi: 10.3389/fpsyt.2021.705559.
25. ประภาส อุดรอนันท์, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวห, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ. การทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตระดับชาติครั้งที่ 20 ประจำปี 2564 New Normal Mental health “สุขภาพจิตวิถีชีวิตใหม่”; 7-9 กรกฎาคม 2564; กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี; 2564.
26. ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565;36:117-40.
27. ไพรัตน์ ชมภูบุตร, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, สุดารัตน์ พุ่มพิมพ์, สุทธยา แสงรุ่ง. โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราชธานี 2565;6:30-48.
28. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9th ed. Lippincott, Williams & Wilkins: Philadelphia; 2012.
29. บุญใจ ศรีสถิตยนากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2553.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

31. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 / คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
32. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2552. หน้า 116.
33. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พูนศรี รังสีจี, นิรมล พัจนสุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;51:330-48.
34. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41:235-46.
35. รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ, อุไร บุรณเชษฐ. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;48:211-9.
36. Train The Brain Forum Committee. Train the brain forum committee. Thai Geriatric Depression Scale-TDGS. Siriraj Hospital Gazette 1994;46:1-9.
37. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008;8:46.
38. ธรณินทร์ กองสุข, ศุภชัย จันทร์ทอง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, ศักดา ขำคม, และคณะ. ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRS.D.-17). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 ปี 2553; โรงแรมบรีนซ์ พาเลซ มหานาค กรุงเทพมหานคร; 2553.
39. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32:100-12.
40. American Psychiatric Association [APA]. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (third edition) [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 1]. Available from: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx
41. อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, ไพรัตน์ ชมภูบุตร, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, สุदारัตน์ พุฒพิมพ์, หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง, และคณะ. ผลโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดลงของความคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2565.
42. Adams EG. Treatment of depression in integrated care: Implementation of the nurse care manager. SAGE Open Nurs 2019;86:220-30. doi: 10.1177/2377960819861862.
43. Jiang L, Cheng L, Li X, Yan J. What should nurses do on post-stroke depression? A global systematic assessment of clinical practice guidelines. BMJ Open 2022;12:e064069. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064069.
44. Chantra R, Kunlaka S, Pumpith P. Effect of nursing interventions on depression treatment in depressive patients: A meta-analysis. International Journal of Public Health and Health Sciences 2019;1:11-7

45. Myles L, Merlo E. Elucidating the cognitive mechanisms underpinning behavioural activation. *Int J Psychol Res (Medellin)* 2022;15:126-32.
doi: 10.21500/20112084.5400.
46. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2018;86:200-4.
doi: 10.1037/ccp0000266.