

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์ โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นสำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10

วันรับ : 5 กรกฎาคม 2564

วันแก้ไข : 24 พฤศจิกายน 2564

วันตอบรับ : 25 พฤศจิกายน 2564

วิริย์อร จุมพระบุตร, พ.บ., เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ป.ด.,

สาวิตรี พลະบุตร, พย.ม.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์โดยอิงแนวปฏิบัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นสำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหา จัดสร้างต้นแบบ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทดลองใช้ และปรับปรุงต้นแบบโปรแกรม และ 2) ขั้นทดสอบประสิทธิผลโปรแกรม อบรมแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design) ประเมินความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม 4 สัปดาห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผล : ต้นร่างโปรแกรมและเครื่องมือประเมินผลมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ รูปแบบโปรแกรมใช้เวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที มี 10 หน่วยการเรียนรู้ อบรม 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมจำนวน 22 คน อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 72.7) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 86.4) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8) ก่อนการอบรม เป็น 16.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2) หลังการอบรม หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 59.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในระดับมากที่สุดเกี่ยวกับการตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาที่ซับซ้อน

สรุป : โปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ช่วยให้แพทย์มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริงในพื้นที่

คำสำคัญ : การอบรม โปรแกรมออนไลน์ แพทย์ ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิริย์อร จุมพระบุตร; e-mail: wireeon@yahoo.com

Original article

Development and effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10th public health region

Received : 5 July 2021

Revised : 24 November 2021

Accepted : 24 November 2021

Wireeon Joomprabutra, M.D., Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.,

Sawitree Palabut, M.N.S.

Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop and test the effectiveness of an online training program based on adolescent depression guidelines for physicians in the 10th public health region.

Methods: This study employed two-phases of research and development design; 1) the program development consisting of situation analysis, development of innovative program prototypes, content validity assessment, pilot test, and initial revision, and 2) effectiveness evaluation of the program by using a single-group pretest-posttest design. Knowledge and level of confidence in clinical practices were scored by using an assessment tool developed by researchers. Data were analyzed by using frequency, percentage, and mean with standard deviation. Knowledge scores before and four months after attending the program were compared using paired t-test.

Results: The content validity indices of the online training program and assessment tool were 0.95 and 0.92, respectively. The online program consisting of 10 learning units was delivered two hours and forty minutes in one session. A total of 22 participants (mean age 31.9 ± 7.5 years) attended the program. Most were general physicians (72.7%) and worked in public hospitals (86.4%). Participants' knowledge score after the program (mean = 16.4 ± 2.2) was significantly higher than that before the program (mean = 14.3 ± 1.8). Approximately 59.1% of participants reported that they were highly confident in referring patients with severe depression to psychiatrists.

Conclusion: The online training program increased understanding of caring for adolescents with depression and could be applied in clinical practices in the public health region.

Keywords: adolescents, depression, online training program, physicians

Corresponding author: Wireeon Joomprabutra; e-mail: wireeon@yahoo.com

ความรู้เดิม : แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน โดยถ่ายทอดการเรียนรู้แบบออนไลน์ได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : งานวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการอบรมแพทย์ทั่วไปให้สามารถประเมิน วินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของแพทย์ทั่วไป รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยรุ่นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁻⁴ ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) ในกลุ่มวัยรุ่น³ หากวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนและครอบครัว ปัญหาการเรียน พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ขับรถโดยประมาทและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ปัญหาจิตเวชอื่น ๆ เช่น ติดสารเสพติด มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตาย และกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า¹⁻⁴

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในประเทศไทยพบที่ร้อยละ 3.8 - 40.8^{5,6} การสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบไปด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เมื่อ พ.ศ. 2562 พบที่ร้อยละ 11.9 - 12.3 และพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าชายถึง 48 เท่า^{7,8} เมื่อคำนวณจากฐานประชากรกลางปีในเขตสุขภาพที่ 10 คาดการณ์ว่ามีวัยรุ่นอายุ 13 - 15 ปีถึง 23,630 คนที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม พบอัตราการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4.1⁹ แสดงว่าอาจมีผู้ป่วยวัยรุ่นเกือบ 23,000 คนที่ยังไม่ได้รับการรักษา

อย่างเหมาะสม อาจเกิดจากผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจ ในอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่แตกต่างจากอาการของผู้ใหญ่ หรือแพทย์ด่านหน้าทั่วไปที่ไม่ใช่จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นอาจไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในระดับพื้นที่มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น แพทย์ด่านหน้าจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในโรคนี้อย่างถูกต้อง โดยอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐาน แต่ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีข้อจำกัดในการอบรมแบบปกติ (on-site) อีกทั้งมีหลายการศึกษายืนยันว่าการจัดอบรมแนวปฏิบัติทางคลินิกต่าง ๆ ทางออนไลน์มีประสิทธิภาพเทียบเท่าการจัดอบรมแบบปกติ โดยเฉพาะหากจัดเนื้อหาการเรียนรู้เป็นแบบหน่วยการเรียนรู้จะเอื้อให้เข้าใจแนวปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น¹⁰⁻¹² คณะผู้วิจัยจึงนำแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 ที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์¹³ มาพัฒนาเป็นหลักสูตรหน่วยการเรียนรู้แบบออนไลน์สำหรับฝึกอบรมแพทย์ทั่วไป ให้สามารถดูแลรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมออนไลน์ดังกล่าวในแพทย์ทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

วิธีการ

ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development design) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2561 ดำเนินการ 6 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาหาระบบบริการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 (need analysis) โดยศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (CPG depression in adolescent) พ.ศ. 2561 ในพื้นที่นำร่อง อำเภอลำลูกกา

จังหวัดยโสธร ในกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 47 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางการศึกษา บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบบริการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตพื้นที่¹⁴

1.2. ออกแบบและพัฒนานวัตกรรมต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 โดยนำผลสรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาออกแบบและพัฒนาเป็นต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561

1.3 จัดสร้างต้นแบบและพัฒนาต้นร่างองค์ประกอบของโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 2) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น 3) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 4) การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 5) การส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และ 6) สรุป algorithm การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า กระบวนการพัฒนาเนื้อหาโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ได้ออกแบบให้เป็น active learning model¹⁵ โดยกระตุ้นให้เห็นความจำเป็นของการเรียน เริ่มต้นจากการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบบริการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในเขตพื้นที่¹⁴ และนำมากำหนดเป็นหน่วยการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกและความต้องการของพื้นที่ และเพิ่มเติมเนื้อหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้อบรม รูปแบบการอบรม กำหนดจำนวนผู้เข้าอบรมไม่เกิน 10 คน ต่อรอบ เพื่อกระตุ้นให้มีการพูดคุยโต้ตอบอย่างทั่วถึง มีการนำเสนอและวิเคราะห์กรณีศึกษาที่พบเพื่อให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ (ตามรายละเอียดหลักสูตร) เปิดโอกาสให้มีช่องทางการปรึกษา

ทั้งในและนอกช่วงเวลาอบรม และมีการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (learning community) ผ่านทางกลุ่มไลน์¹⁵⁻¹⁷ การอบรมใช้รูปแบบการประชุมทางไกลผ่านระบบวิดีโอ (video conference) ด้วยเครื่องมือ Zoom (Zoom meeting)

1.4 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ของต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 4 คน และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่เป็นคณะทำงานในการพัฒนาแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 จำนวน 1 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้^{18,19}

1.5 ปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงของโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 10

1.6 นำต้นแบบโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 คน นำผลการทดสอบเบื้องต้นมาปรับปรุงโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561 ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมออนไลน์ฯ (effectiveness testing) โดยใช้รูปแบบการศึกษแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (one group pretest-posttest design)

ประมาณการขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้จากการทดสอบนำร่องในขั้นตอนที่ 1.6 เท่ากับ 12.3 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.0 ค่า difference เท่ากับ 9.0 กำหนดค่าทางสถิติ effect size $d = 1.36$, $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.95$ ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 10 คน²⁰ และการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเพื่อทดสอบ

ประสิทธิผลของโปรแกรม ควรมีจำนวนระหว่าง 10 - 40 คน²¹ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบพื้นที่ (cluster sampling) โดยกำหนดให้มีแพทย์จากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดละ 2 - 5 คน มีผู้สนใจเข้าร่วมทั้งสิ้น 22 คน เกณฑ์คัดเข้าได้แก่ เป็นแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 11 - 21 ปี ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 และสนใจเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์คัดออกได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษาเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการย้ายสถานที่ทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโรคซึมเศร้าในพื้นที่ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่ง ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและ/หรือเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อเอกสารแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาเอกสารแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นแบบกาเครื่องหมายถูกหรือผิดหน้าข้อความ จำนวน 20 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน และแบบประเมินกรณีศึกษาการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยประเมินความถูกต้องของการวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของอาการ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โรคร่วมที่พบ การเลือกใช้ยาพร้อมเหตุผล การวางแผนการรักษา และการส่งต่อ โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ประเมินและมีเกณฑ์ให้คะแนนในภาพรวมตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน แบบสอบถามทั้งฉบับผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าเท่ากับ 0.92 อยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ^{18,19}

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ one-sample

Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังอบรมด้วยสถิติ paired t-test

2.2 พัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย (final revision) ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้ายหลังการวิเคราะห์และประเมินผล ในขั้นตอนที่ 2.1 เกี่ยวกับเนื้อหาและกิจกรรม เพื่อทำให้เกิดความชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น

2.3 การพัฒนาวิธีถ่ายทอดและขยายผลโปรแกรม นำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาพัฒนาวิธีการถ่ายทอดและขยายผลโปรแกรมการอบรมไปยังแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ รวมทั้งติดตามประเมินผลจากแพทย์ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการนำไปประยุกต์ใช้ในบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางไลน์กลุ่มที่มีการปรึกษาผู้วิจัยหลักในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ตลอดจนติดตามรายงานการอ้างอิงผลงานวิจัยที่นำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSSJ.BU_078

ผล

ต้นร่างโปรแกรมอบรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมฯ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ คณะผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงต้นร่างโปรแกรมอบรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมอบรมฯ และนำโปรแกรมอบรมฯ ไปทดสอบเบื้องต้นกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการดูแลเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 คน โดยแพทย์ที่ผ่านการอบรมเบื้องต้นได้เสนอแนะให้เพิ่มเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการชักประวัติโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและเทคนิคการสื่อสารกับผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คณะผู้วิจัยจึงเพิ่มเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ ดังนั้นรูปแบบโปรแกรมอบรมแบ่งเป็น 1) การประเมินความรู้ก่อนอบรมและหลังอบรม 4 สัปดาห์ 2) การอบรมออนไลน์ 1 ครั้ง มี 10 หน่วยการเรียนรู้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที

3) การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้เข้าอบรมกับผู้อบรมในระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 4) ส่งหนังสือแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งฉบับอิเล็กทรอนิกส์และฉบับเล่มจริงทางไปรษณีย์แก่ผู้เข้าอบรมทุกคน ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 22 คน อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.1) เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 72.7) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 86.4) เคยการทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น (ร้อยละ 72.7) และมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ 0 - 5 ปี (ร้อยละ 86.4) การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมอบรมผ่านระบบออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

การประเมินการนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้ในหน่วยงานหลังการอบรมตามโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 81.8) รองลงมา ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 77.3) การประเมินการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 68.2 เท่ากัน) ในขณะที่ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้น้อยที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าในชุมชน (ร้อยละ 36.4) ดังตารางที่ 3

หลังการอบรม 4 สัปดาห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ย 5.36 คน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.93, ค่าสูงสุด - ต่ำสุด เท่ากับ 0 - 50 คน) การประเมินหลังการอบรมตามโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในระดับมากถึงมากที่สุดที่ประเด็น การตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาที่ซับซ้อน การวางแผนการติดตามการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 95.5 เท่ากัน) การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 95.4) การเลือกใช้ยาในการรักษาภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.9)

การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.2) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 86.3 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4

การติดตามหลังการอบรมเป็นรายกรณีศึกษาในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 19 คน (ร้อยละ 86.4) ที่ได้รับการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า การประเมินกรณีศึกษาในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 สามารถช่วยให้แพทย์ที่ผ่านกระบวนการอบรมครบถ้วนตามโปรแกรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการรักษา การคัดกรอง การประเมินการฆ่าตัวตาย รวมถึงเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น อีกทั้งเมื่อประเมินผลคะแนนกรณีศึกษาการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าจัดอยู่ในขั้นที่สามารถดูแลรักษาและส่งต่อได้เหมาะสมในระดับดีมาก

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาซึ่งเป็นการอบรมแบบปกติ¹⁴ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้สามารถคัดกรอง วินิจฉัย รักษาและรับส่งต่อได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การอบรมแบบออนไลน์ได้ผลไม่แตกต่างกับการอบรมแบบปกติ¹⁰⁻¹² อีกทั้งการอบรมแบบออนไลน์ยังมีข้อดี ได้แก่ ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค ประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ค่าห้องประชุม ค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าเดินทาง สามารถจัดอบรมได้หลายครั้งและเข้าอบรมได้จากทุกที่ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และเลือกรอบได้ตามความสะดวกของผู้เข้าอบรม อย่างไรก็ตาม การอบรมรูปแบบ

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พ.ศ. 2561

หน่วยที่	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา (นาที)
1. ความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้ผู้อบรมตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการป้องกันดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	10 นาที
2. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้สามารถเลือกและใช้เครื่องมือในการคัดกรองวัยรุ่นได้เหมาะสม มีแนวทางการ ประเมินทางจิตสังคมวัยรุ่น (HEEADSSS) ให้ครอบคลุม	20 นาที
3. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น	เพื่อให้มีแนวทางในการสัมภาษณ์วัยรุ่นอย่างเหมาะสม สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบต่าง ๆ ในวัยรุ่น สามารถวินิจฉัยแยกโรค โรคร่วมได้ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้	30 นาที
4. การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษา การให้ความรู้ การเลือกใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและระยะเวลาที่เหมาะสม การติดตามผล และการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ	20 นาที
5. การส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	เพื่อให้ทราบแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียนและชุมชน	10 นาที
6. สรุป algorithm การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	เพื่อสรุปให้เห็นแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	10 นาที
7. เทคนิคการตรวจวัยรุ่นที่ซึมเศร้า	เพื่อให้สามารถเลือกใช้คำถามเจาะประเด็นซึมเศร้า เทคนิคการถามเฉพาะ การเลือกใช้คำพูดที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความชัดเจนของอารมณ์มากขึ้น	20 นาที
8. เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ซึมเศร้า	เพื่อให้สามารถแนะนำผู้ปกครองให้เข้าใจ และสามารถประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้	15 นาที
9. ทักษะการให้คำปรึกษาวัยรุ่น	เพื่อให้มีทักษะการให้คำปรึกษา แนะนำวัยรุ่นอย่างเหมาะสม	20 นาที
10. ยารักษาโรคซึมเศร้าและผลข้างเคียงที่พึงระวัง	เพื่อให้สามารถเลือกใช้ยาและติดตามอาการได้อย่างเหมาะสม	5 นาที
รวมทั้งหมด		2 ชั่วโมง 40 นาที

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของแพทย์ก่อนและหลังการอบรม

การทดสอบ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการอบรม	22	14.3	1.8	- 5.4	< .001
หลังการอบรม	22	16.4	2.2		

ออนไลน์ก็มีข้อจำกัด ได้แก่ ผู้เข้าอบรมสามารถถูกดึงความสนใจได้ง่าย อาจทำให้บางรายออกจากการอบรมก่อนครบหน่วยการเรียนรู้ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมกับผู้อบรมลดลง อย่างไรก็ตาม สามารถแก้ไขได้โดยการเข้าอบรม

ต่อในรอบต่อไป นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้เพิ่มเทคนิคในการอบรมออนไลน์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าอบรมจนครบได้แก่ 1) ด้านการแสดงตัวทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้เข้ารับการอบรมตั้งแต่ก่อนเข้าอบรม การสร้างกลุ่มไลน์

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่นำความรู้เกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้หลังการอบรม

ประเด็น	กลุ่มตัวอย่างที่นำความรู้ไปใช้	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาโรคซึมเศร้า	18	81.8
การคัดกรอง	17	77.3
การประเมินการฆ่าตัวตาย	15	68.2
การส่งต่อผู้ป่วย	15	68.2
การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	14	63.6
การส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียน	11	50.0
การพัฒนากระบวนการสุขภาพจิต	9	40.9
การส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าในชุมชน	8	36.4

ตารางที่ 4 ความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้หลังผ่านการอบรม

ประเด็น	ระดับความมั่นใจ (ร้อยละ)		
	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง
1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น			
1.1 สามารถเลือกใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้	22.7	50.0	27.3
1.2 สามารถเลือกวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามาคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้	36.4	45.5	13.6
2. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น			
2.1 สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้	22.7	63.6	9.1
2.2 สามารถวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกจากโรคซึมเศร้าได้	4.5	50.0	40.9
2.3 สามารถประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้	13.6	72.7	13.6
2.4 สามารถวินิจฉัยโรคร่วมกับโรคซึมเศร้าได้	18.2	50.0	31.8
2.5 สามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้	40.9	54.5	4.5
3. การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น			
3.1 สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	31.8	50.0	18.2
3.2 สามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	27.3	63.6	9.1
3.3 สามารถให้ความช่วยเหลือระดับประจักษ์จิตใจในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	27.3	36.4	31.8
3.4 สามารถวางแผนการรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้	27.3	54.5	18.2
3.5 สามารถวางแผนการรักษาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้	36.4	36.4	27.3
3.6 สามารถเลือกใช้ยาในการรักษาภาวะซึมเศร้าได้	36.4	54.5	9.1
3.7 สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้าได้	31.8	54.5	13.6
3.8 สามารถวางแผนติดตามการรักษาผู้ป่วยได้	36.4	59.1	4.5
3.9 สามารถตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีปัญหาด้านจิตใจ	59.1	36.4	4.5
4. สามารถวางระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงได้	22.7	54.5	18.2

เพื่อสื่อสารเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและน่าสนใจ และการให้ช่องทางติดต่อเพื่อให้ผู้เข้าอบรมซักถามหรือขอคำปรึกษา 2) ด้านคุณภาพของการอบรม เช่น การกำหนดจำนวนผู้เข้าอบรมให้ไม่มากเกินไป ประมาณ 2 - 5 คนต่อการอบรม การควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์และสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพื่อให้การอบรมมีความต่อเนื่อง การปรับรูปแบบสื่อการสอนให้น่าสนใจโดยใช้รูปภาพมากกว่าตัวอักษร และการอ้างอิงบริบทของพื้นที่เพื่อให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกมีส่วนร่วม และ 3) ด้านผู้เข้าอบรม เช่น การกำหนดช่วงเวลาอบรมที่ไม่กระทบกับการทำงานของผู้เข้าอบรม การกำหนดระยะเวลาในการอบรมให้เหมาะสมและเสร็จภายใน 1 ครั้ง และคัดเลือกผู้เข้าอบรมที่สนใจด้านภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งเทคนิคที่ใช้เหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ²²⁻²⁵

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรมในโปรแกรมนี้พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ย 31.9 ปี จัดอยู่ในช่วงวัยที่มีทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ได้คล่องแคล่ว ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป และมีประสบการณ์ในการทำงานกับเด็กและวัยรุ่น จากการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า เกือบทั้งหมดมีความสนใจหรือเกี่ยวข้องกับปัญหาจิตเวชในวัยรุ่น เช่น วางแผนศึกษาต่อด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เคยดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหรือทำร้ายตนเอง หรือในครอบครัวมีวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเข้าอบรมจนครบกำหนด การศึกษานี้มีผู้เข้าอบรมที่เป็นจิตแพทย์ทั่วไป 1 คนซึ่งผ่านหลักสูตรจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะสั้น และสามารถวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้²⁶ อย่างไรก็ตามผู้เข้าอบรมคนนี้เพิ่งสำเร็จหลักสูตรและย้ายมาปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 10 อีกทั้งเนื้อหาการอบรมบางส่วนอยู่นอกเหนือหลักสูตรปกติของจิตแพทย์ทั่วไป เช่น ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงการส่งเสริมป้องกันในวัยรุ่นทั่วไป algorithm การดูแลและแนวทางการส่งต่อของเขตสุขภาพที่ 10 จึงได้รวมผู้เข้าอบรมคนนี้ในการวิเคราะห์ผลของโครงการอบรมออนไลน์ฯ ด้วย

การสำรวจเกี่ยวกับการนำความรู้ไปใช้หลังอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างนำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการรักษา การคัดกรอง การประเมินการความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และการวางแผนส่งต่อผู้ป่วย หัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจในระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันมากกว่าร้อยละ 85 ได้แก่ การตัดสินใจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือมีปัญหาที่ซับซ้อน การวางแผนติดตามการรักษาผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การเลือกใช้ยาในการรักษาภาวะซึมเศร้า การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาโรคซึมเศร้า และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งหัวข้อเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรมีในการดูแลวัยรุ่นซึมเศร้าในระยะเบื้องต้น ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป²⁷ ซึ่งต้องการให้แพทย์ทั่วไปสามารถดูแลโรคซึมเศร้าในเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางได้อย่างเหมาะสม พบว่าหลังการอบรม 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยประมาณ 5 คน โดยมีคนที่ได้ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนสูงสุด 50 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนเชื่อมั่นและเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตามแนวปฏิบัติฯ ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และมีความมั่นใจในการดูแลวัยรุ่นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของการอบรมการสอนตามแนวเวชปฏิบัติของแพทย์หรือแนวทางต่าง ๆ ทางออนไลน์ที่สามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแลได้เช่นกัน²⁸⁻³² นอกจากนี้ยังมีการผลักดันเพื่อนำไปใช้ในระดับเขตสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2565 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากเขตสุขภาพที่ 10 ให้ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตสุขภาพที่ 10

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development design) ในการพัฒนาโปรแกรมการอบรมแบบออนไลน์ โดยสร้างเป็นหน่วยการเรียนรู้ต่าง ๆ จำนวน 10 หน่วยเพื่อเสริมความเข้าใจ และออกแบบการประเมินทั้งด้านความรู้ที่ได้รับและการนำไปใช้ โดยพิจารณาจากกรณีศึกษาหรือสรุปรายงานผู้ป่วยของผู้เข้าอบรมนั้น ๆ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มาก และทั้งหมดมีความสนใจในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอยู่แล้วตามที่กล่าวข้างต้น อีกทั้งศึกษาเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จึงเป็นข้อจำกัดในการขยายผลหรืออ้างอิงผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ และเนื่องจากการเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผลการศึกษา ในการศึกษารั้งต่อ ๆ ไปควรเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยอาจเปรียบเทียบกับ การอ่านเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยตนเอง (paper-based self-learning) หรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบปกติ (in-person workshop)

สรุป

โปรแกรมอบรมออนไลน์เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับแพทย์ทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 สามารถพัฒนาทักษะการวินิจฉัยและดูแลรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าของแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: WHO; 2014.
- GBD 2015 Disease and Injury incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545-602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
- Beirão D, Monte H, Amaral M, Longras A, Matos C, Villas-Boas F. Depression in adolescence: a review. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020;27:50. doi:10.1186/s43045-020-00050-z.
- ฐิติวิ แก้วพรสวรรค์, เบญจพร ตันตสุติ. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร [The prevalence of depression in 2nd year high school students in Bangkok]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2555;57(4):395-402.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร [Depression in junior high school student in the Bangkok metropolis]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539;41:162-73.
- สุพัตรา สุขาวท, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, กุณฑลีย์ เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, พลัปลีง หาสุข. ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี [Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani province]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2563;65(1):15-24.
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ [Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2563;28(2):136-49.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). จำนวนผู้ป่วยสะสม ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราความชุกและอัตราป่วย (ต่อแสนประชากร) ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 13-15 ปี ปี 2555-2562 เขต 10 อุบลราชธานี [Cumulative number of patients new patient prevalence and morbidity rates (per 100,000 population) of depressive disorders in the age group 13-15 years 2012-2019 District 10 Ubon Ratchathani] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ก.ค. 2563]. จาก: <https://www.nhso.go.th>

10. Verville L, Cote P, Grondin D, Mior S, Moodley K, Kay R, Taylor-Vaisey A. Using technology-based educational interventions to improve knowledge about clinical practice guidelines: a systematic review of the literature. *J Chiropr Educ.* 2021;35(1): 149-57. doi:10.7899/JCE-19-17.
11. Verville L, Cote P, Grondin D, Mior S, Kay R. The development and evaluation of an online educational tool for the evidence based management of neck pain by chiropractic teaching faculty. *J Chiropr Educ.* 2021;35(1):95-105. doi:10.7899/JCE-19-18.
12. Cantrell SW, O'Leary P, Ward KS. Strategies for Success in Online Learning. *Nurs Clin N Am.* 2008;43:547-55. doi:10.1016/j.cnur.2008.06.003
13. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า [Clinical practice guideline for adolescents with depression]. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2561.
14. วิริยอร์ จุมพระบุตร, โขจิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน : การศึกษานำร่อง [Feasibility study of clinical practice guideline for adolescents with depression in community at district level: a pilot study]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2563;28(1):1-15.
15. Sandrone S, Berthaud JV, Carlson C, Cios J, Dixit N, Farheen A, et al. Active learning in psychiatry education: current practices and future perspectives. *Front Psychiatry.* 2020;11:211. doi:10.3389/fpsyt.2020.00211.
16. Rhim HC, Han H. Teaching online: foundational concepts of online learning and practical guidelines. *Korean J Med Educ.* 2020;32(3):175-83. doi:10.3946/kjme.2020.171.
17. de Leeuw RA, Logger DN, Westerman M, Bretschneider J, Plomp M, Scheele F. Influencing factors in the implementation of postgraduate medical e-learning: a thematic analysis. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):300. doi:10.1186/s12909-019-1720-x.
18. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-5.
19. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
20. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร, ญาดานาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power [Sample size calculation using G*power program]. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ.* 2562;5(1):496-507.
21. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health.* 2008;31(2): 180-91. doi:10.1002/nur.20247.
22. Gazza EA, Hunker DF. Facilitating student retention in online graduate nursing education programs: a review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2014; 34(7):1125-9. doi:10.1016/j.nedt.2014.01.010.
23. Warren N, Parker S, Khoo T, Cabral S, Turner J. Challenges and solutions when developing online interactive psychiatric education. *Australas Psychiatry.* 2020;28(3):359-62. doi:10.1177/1039856220901477.
24. Lewis KO, Baker RC. Teaching medical professionals online: a cross discipline experience. *Med Teach.* 2010;32(3):262-4. doi:10.3109/01421590903434185.
25. Martin F, Wang C, Sadaf A. Student perception of helpfulness of facilitation strategies that enhance instructor presence, connectedness, engagement and learning in online courses. *The Internet and Higher Education.* 2018;37:52-65. doi:10.1016/j.iheduc.2018. 01.003.

26. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์และภาคผนวก 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัย; [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.ย. 2564]. จาก: <https://www.rcpsycht.org/th/home>
27. ภาวณี ขวาลวุฒิ, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, อนัญญา สิริขานันท์, บรรณาธิการ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Guidelines for improving the quality of mental health and psychiatric service systems for hospital center, general hospital, community hospital, and sub-district health promoting hospitals]. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
28. Nicastro E, Lo VA, Liguoro I, Chmielewska A, De Bruyn C, Dolinsek J, et al. The impact of e-learning on adherence to guidelines for acute gastroenteritis: a single-arm intervention study. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132213. doi:10.1371/journal.pone.0132213.
29. Fiks AG, Mayne S, Michel JJ, Miller J, Abraham M, Suh A, et al. Distance-learning, ADHD quality improvement in primary care: a cluster-randomized trial. *J dev Behav Pediatr*. 2017;38(8): 573-83. doi:10.1097/DBP0000000000000490.
30. Cross WF, West JC, Pisani AR, Crean HF, Nielsen JL, Kay AH, et al. A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):58. doi:10.1186/s12909-019-1482-5.
31. Ghoncheh R, Kerkhof AJ, Koot HM. Effectiveness of adolescent suicide prevention e-learning modules that aim to improve knowledge and self-confidence of gatekeepers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trails*. 2014;15:52. doi:10.1186/1745-6215-15-52.
32. Vaona A, Banzi R, Kwang KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1(1):CD011736. doi:10.1002/14651858.CD011736.pub2.