

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: กรณีศึกษาผู้ป่วยนอก

The Development of Psychosocial Nursing Model for Patients with Major Depressive Disorder: A Case Study at Outpatient Department

สกาวรัตน์ พวงลัดดา, พย.ม. (Skaorat Puangladda, CNS)*

ชนกานต์ เนตรสุนทร, พย.ม. (Chanakran Natesoontron, RN)**

สุจินต์ ฐิติพิเชษฐกุล, พย.บ. (Sujin Titipichetkul, RN)**

จันทร ยี่สุนศรี, วท.ม. (Juntron Yesounsri, RN)**

Abstract

The objectives of this study were to develop a psychosocial nursing model for patients with major depressive disorder at Outpatient department .This case study was conducted between 1 October 2009 and May 2011. It was divided into three phases: Phase 1 Analyzing situation the sample comprised 8 nurses, 19 patients and including related paper. All data come from the following method: interviewing, focus group, reviewing literature and analyzing data by content analysis: Phase 2 Processing the data from the first phase to develop a psychosocial nursing model in major depressive patients .Next, all plan will be implemented. Lastly, Feedback conference and discussions are for improving the remedy model: Phase 3 Evaluating a psychosocial nursing model with thirty samples were selected with

the BDI which is 0.82 accuracy and the QOL which is 0.82 accuracy. Then, data evaluated by frequency analysis, percentile and standard deviation.

Results of this study showed that 1) Barriers to provide psychosocial nursing included workload inadequate staffing no specific location no specific responsibilities and guidelines for psychosocial nursing. 2) The psychosocial nursing model included assessment planning implementation and evaluation. 3) After treatment followed the psychosocial nursing model for 1,3,6 month ,the scores in BDI of all of the patients with major depressive disorders in this study decreased and the scores in QOL increased.

Key words: psychosocial nursing model, psychosocial nursing, major depressive disorder, outpatient department

* Corresponding Author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา Email:puangladda@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบผู้ป่วยนอก เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษาการระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2552 – พฤษภาคม 2554 การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ผู้ป่วย/ญาติ 19 คน รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากข้อค้นพบในระยะที่ 1 มาวางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ ประชุมสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงจนได้รูปแบบการพยาบาลที่พึงประสงค์ ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพยาบาลโดยกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลด้านจิตสังคม คือ ภาระงาน อัตรากำลังไม่พอ ไม่มีสถานที่เฉพาะ ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะและไม่มีแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคม 2) รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล 3) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า

หลังการพยาบาลไปแล้ว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาล การพยาบาลด้านจิตสังคม โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยนอก

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นสถานการณ์วิกฤตของบุคคล เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จิตใจอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้น พยาบาลต้องมีความตระหนักในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลปัญหาที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลด้านจิตสังคม (Gorman and Sultan, 2008) เป็นการพยาบาลที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์หรือปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย ให้มีความสำคัญทั้งมุมมองด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลด้านจิตสังคม พบว่าสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมมากที่สุด คือ การมีภาระงานอื่นมากจนทำให้ไม่มีเวลาในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคม ส่วนการวิเคราะห์อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลระดับปฏิบัติการ (กิตติกร นิลมานันต์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, ลีรินทร์ ศาสตราบุรุษ, ยุพา อ่องโกทัย และ

ศรีวรรณ ช้วนบุญ, 2548) พบว่ามีอุปสรรค 5 ด้าน คือ 1) ภาระงาน 2) วัฒนธรรมการทำงาน 3) การบริหารจัดการ 4) ตัวบุคคล และ 5) สภาพแวดล้อม จะเห็นได้ว่าแม้การพยาบาลด้านจิตสังคมมีความสำคัญแต่ยังมีข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติ

นอกจากแนวคิดการพยาบาลด้านจิตสังคมแล้วในการปฏิบัติการพยาบาล ยังมีรูปแบบการพยาบาล (Nursing Model) ที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล คือ กระบวนการพยาบาล (McCrae, 2011) ที่พยาบาลนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ริเริ่มโดยพยาบาลจิตเวช ชื่อไอด้า ออร์แลนโด (Ida Orlando) กังวลว่าพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการรักษา มากกว่าการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจึงนำแนวคิดวิธีการแก้ปัญหา (problem-solving approach) มาประยุกต์เป็นกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล และที่สำคัญการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2544) กำหนดให้เป็นมาตรฐานการพยาบาลด้านกระบวนการสำหรับให้พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ในปี 2548-2550 มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก (ละเอียด ปานนาค และสกวรัตน์ พวงลัดดา, 2552) การพยาบาลประกอบด้วย การประเมินการบำบัดทางจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การประเมินผลรูปแบบดังกล่าว คือ การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า

ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลไปแล้ว 3 เดือน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลงจากระดับมากเป็นระดับปกติ

เมื่อพิจารณารูปแบบการพยาบาลดังกล่าวพบว่า รูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบการพยาบาลที่คลินิกเฉพาะทางให้บริการเพียง 1 วันต่อสัปดาห์ โอกาสที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการพยาบาลดังกล่าวได้น้อย ส่วนรูปแบบการพยาบาลออกแบบให้เกิดผลลัพธ์ตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2544) แต่ผลลัพธ์เรื่องผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้นั้นยังต้องการการพัฒนาเพราะยังไม่มีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนในประเด็นที่จะช่วยลดผลกระทบเรื่องการกินยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเพื่อลดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการดูแลตนเองเพื่อจัดการความคิด ซึ่งเป็นการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์หรือปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย เป็นการให้ความสำคัญทั้งมุมมองด้านจิตใจและด้านสังคมของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบกรณีศึกษาในการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมีแนวคิดเบื้องต้นว่าในการแก้ปัญหาหรือพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมโดยการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548) ดังนั้น การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ มีเป้าหมายพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการพัฒนางานในหน่วยงานที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน ตรวจสอบวิธีปฏิบัติงานของตนเอง ทำความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติงาน ค้นหาแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนางานให้ดีขึ้น และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนางานต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก

แนวคิดเบื้องต้นและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคเทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีแนวคิดที่สำคัญคือ ต้องมีความร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ระยะแรกการวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่สองของการพัฒนาเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการ

วิเคราะห์สถานการณ์ในระยะแรก มาใช้ในการวางแผนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ทดลองปฏิบัติรูปแบบใหม่และการสะท้อนผลการปฏิบัติจนกระทั่งได้รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงของการให้บริการพยาบาล ส่วนระยะที่สามเป็นการประเมินผลรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พัฒนาขึ้น

ในการพัฒนาการปฏิบัติงานนั้น การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sparbel and Anderson, 2000) และช่วยให้งานที่พัฒนาขึ้นใหม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกกระบวนการของการพัฒนานอกจากนี้ องค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาเกิดผลสำเร็จ (Nolan and Grant, 1993) คือ การที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อร่วมกัน มองเห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลงและพัฒนางานให้ดีขึ้น เข้าใจปัญหาในการปฏิบัติงานและตระหนักถึงปัญหาหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่วนแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ใช้แนวคิดรูปแบบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (McCrae, 2011) ที่ต้องครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

สรุปกรอบแนวคิดในการพัฒนา คือ ความ

ร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทุกๆ ของ การศึกษาเพื่อช่วยให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้แนวคิดของกระบวนการ พยาบาลในการออกแบบรูปแบบการพยาบาล ด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมโรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ร่วมกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม เป้าหมายในการ รักษาโรคซึมเศร้าในระยะแรก คือ การลดความ รุนแรงของโรคซึมเศร้าให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรักษาที่มีประสิทธิผล คือ การรักษา ด้วยยาต้านเศร้า ร่วมกับ การบำบัดทางจิต การให้ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Angela , Thomas , Klaus and Gerd, 2004) ใน การรักษาพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้นั้น ต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว ดังนั้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสิ่งสำคัญที่ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Sadock and Sadock, 2003) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 28 หยุดกินยาในเดือน แรกของการรักษาและร้อยละ 44 หยุดยาในเดือน ที่สามของการรักษา (Lin, Korff, Katoon, Simon, Walker and Robinson, 1995) สาเหตุ สำคัญที่ผู้ป่วยไม่กินยานั้นมีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยเห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องกินยาเพราะ อาการดีขึ้นแล้ว ผู้ให้บริการไม่ได้ให้คำแนะนำ กับผู้ป่วยว่าจะต้องกินยารักษานานเท่าใด และที่สำคัญคือสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่มารักษาอย่างต่อเนื่อง (Haynes,

Yoa, Degani, Kripalani, Garg and McDonald, 2005) ทำให้ผู้ป่วยหยุดกินยา การรักษาโรคซึม เศร้าจึงไม่ต่อเนื่องส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำ (relapse) การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนัก และเห็นความสำคัญของการกินยาจะช่วยให้เกิด ความร่วมมือในการกินยาได้ถึงร้อยละ 85 (Aikens, Nease, Nau, Klinkman and Schwenk, 2005) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้ความ เข้าใจส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง

นอกจากผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรค อาการ การรักษา การสังเกตอาการเตือน ก่อนการกำเริบ ผู้ป่วยต้องมีทักษะในการดูแล ตนเองในการจัดการกับความเครียด เพราะผู้ป่วยโรค ซึมเศร้านั้นมักจะมีมุมมองต่อตนเอง สถานการณ์ และอนาคตเป็นลบ (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979) รวมถึงอาการของผู้ป่วยโรคซึม เศร้าส่งผลให้มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Klerman and Weissman, 1993) ที่เป็นผลจาก การบกพร่องหรือขาดทักษะทางสังคม (Segrin, 2000) การฝึกทักษะทางสังคมมุ่งเน้นไปที่ทักษะ ที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารกับครอบครัวหรือ บุคคลอื่นเพื่อลดปัญหาสัมพันธภาพของบุคคล ผลการศึกษาพบว่าหลังการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงหรือการทำหน้าที่ทาง สังคมดีขึ้น (Hersen, Bellack, and Himmelhoch, 1980 ; Harley, Sprich, Safren, Jacobo and Fava, 2008) ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลสำคัญในการ ออกแบบโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกต่อไป

ส่วนการประเมินประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้น มีการศึกษาหลายการศึกษาที่ประเมินผลจากการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (สมรัก ชูวานิชวงศ์, ละเอียด ปานนาค, นารี เครือซ่า, นิตยาภรณ์ มงคล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, พัทรินทร์ ภักดีนิวล และคณะ, 2548; กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550; ละเอียด ปานนาค, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, นารี เครือซ่า, และพัชรินทร์ ภักดีนิวล, 2553) ที่ประเมินผลการรักษาพยาบาลและการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าดีขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ, 2548) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตหลังการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้น สำหรับระยะเวลาในการประเมินนั้นต้องครอบคลุมระยะของการรักษาโรคซึมเศร้า (พิชัย อิฏฐสกุล, 2555) ระยะที่ 1 หลังการรักษาไปแล้ว 1 เดือนเพื่อดูการตอบสนองต่อยารักษาโรคซึมเศร้า ระยะที่ 2 หลังการรักษาไปแล้ว 3 เดือนเพื่อดูว่าอาการซึมเศร้ากลับเข้าสู่ภาวะปกติหรือไม่ และระยะที่ 3 หลังการรักษาไปแล้ว 6 เดือนเพื่อประเมินอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า

คำถามการศึกษา

1. สถานการณ์การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกเป็น

อย่างไร

2. รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกเป็นอย่างไร

3. รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกมีประสิทธิผลหรือไม่

วิธีการดำเนินการศึกษา

ดำเนินการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะโดยแต่ละระยะมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552-31 มกราคม 2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินการรับรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อการพยาบาลด้านจิตสังคม รวมถึงปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลด้านจิตสังคม กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/ญาติ จำนวน 19 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินความต้องการความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลด้านจิตสังคม นอกจากนี้ยังมีการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้าเพื่อใช้ในการออกแบบการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษาระยะที่ 2 ระหว่างวันที่ 1

กุมภาพันธ์ 2553-30 มิถุนายน 2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย 3 คน ที่เป็นผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลคัดกรองและงานการพยาบาลจิตเวชทั่วไป พัฒนารูปแบบการพยาบาลดังกล่าวอย่างต่อเนื่องโดยดำเนินการดังนี้ ผู้ศึกษานำเสนอร่างรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคม โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนที่มีคุณสมบัติ คือ พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลจิตเวช (CNS) 2 คน และจิตแพทย์ 1 คน เป็นผู้พิจารณาเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้ศึกษาทดลองปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติเพื่อสะท้อนการปฏิบัติปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นปรับปรุงแก้ไขปัญหา จนกระทั่งได้รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมที่สามารถปฏิบัติได้จริงตามบริบท เก็บข้อมูลโดยการสังเกต บันทึกการประชุม และการทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษาระยะที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2553-31 พฤษภาคม 2554 วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ใช้การศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้า ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดร่วม

กับโรคจิตเวชชนิดอื่น และงานบริการพยาบาลก่อนและหลังพบแพทย์ส่งเข้ามารับบริการการพยาบาลด้านจิตสังคมในช่วงเวลาที่ทำการศึกษ จำนวนกลุ่มตัวอย่างนำมาจากการศึกษาของกุลธิดาและคณะ (กุลธิดา สุภาคุณ และคณะ, 2550) ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการจำแนกทดสอบได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 15 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวน 30 คน มากกว่าที่กำหนดเพราะป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังนี้ 1) เข้าใจโรคซึมเศร้า 2) มองบวกได้อย่างไร 3) คิดอย่างไรไม่ให้เครียด 4) สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน 5) จะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไร

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคซึ่งแปลโดยลัดดาแสนสีกา (ลัดดา แสนสีกา, 2536) มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อคะแนนสูงสุดคือ 63 ต่ำสุดคือ 0 คะแนน แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือระดับปกติ (0-9 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) ระดับมาก (20-29 คะแนน) ระดับรุนแรง (30-63 คะแนน) มีค่าความเที่ยง .82 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกมีค่าความเที่ยง .84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) เครื่องมือทั้งสองชนิดมีการใช้

การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงไม่ได้หาความเที่ยงช้า ส่วนความตรงตามเนื้อหาให้ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลจิตเวช (CNS) 2 คน และจิตแพทย์ 1 คน เป็นผู้พิจารณาความตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากำลังดำเนินการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นว่าผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ คือ เข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า และมีความรู้ทักษะในการดูแลตนเองในการอยู่กับโรคซึมเศร้า ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบใหม่ คือ ต้องใช้ระยะเวลาให้การพยาบาลเพิ่มขึ้นจากปกติ 20-30 นาที กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการพยาบาลตามรูปแบบใหม่ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาตอบคำถามการศึกษาข้อที่ 1 สถานการณ์การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ มีความแตกต่างกันของความต้องการและความคาดหวังต่อการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า ในผู้รับบริการที่มารับบริการมากกว่า 1 ปี มองว่า

การบริการที่จัดให้ได้อยู่แล้ว เห็นการเปลี่ยนแปลงว่าโรงพยาบาลพยายามปรับปรุงการบริการ ส่วนผู้รับบริการที่มารับบริการน้อยกว่า 1 ปี พบว่าต้องการให้พยาบาลอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเอง ต้องการการพูดคุยที่จะช่วยให้ความรู้สึคดีขึ้น กรณีไม่สามารถจัดห้องที่เป็นสัดส่วน เสนอให้จัดบริเวณสำหรับพูดคุยปัญหาให้มีความเป็นส่วนตัว

ทัศนคติและการรับรู้ของพยาบาล พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลด้านจิตสังคมเพราะเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม ไม่ใช่การให้ความสำคัญกับอาการของผู้ป่วยเท่านั้น ถ้าทำได้จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ที่สำคัญคือเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก เพราะที่ผ่านมาทำได้เพียงการให้คำแนะนำหลังพบแพทย์เท่านั้น

ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรค พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นโอกาสสำหรับพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคม คือ ความซุกของโรคซึมเศร้า นโยบายของโรงพยาบาลในการเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศเฉพาะทางโดยโรคซึมเศร้าเป็น 1 ใน 3 ของโรคทางจิตเวชที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ส่วนปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลด้านจิตสังคม คือ ภาระงาน อัตรากำลังไม่พอ ไม่มีสถานที่เฉพาะ ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะและไม่มีแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคม

2. ผลการศึกษาตอบคำถามการศึกษาข้อ

ที่ 2 รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกเป็นอย่างไร ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกรูปแบบเดิมมีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจสอบคำสั่งการรักษา การให้คำแนะนำ และการส่งต่อบริการ ผลการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ มีกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้นมาใหม่จากรูปแบบเดิม คือ การพยาบาลด้านจิตสังคม (รูปที่ 1) เป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องจากการส่งต่อบริการตามรูปแบบเดิม การพยาบาลประกอบกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและปัญหาทางการพยาบาล หลังจากนั้นแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ

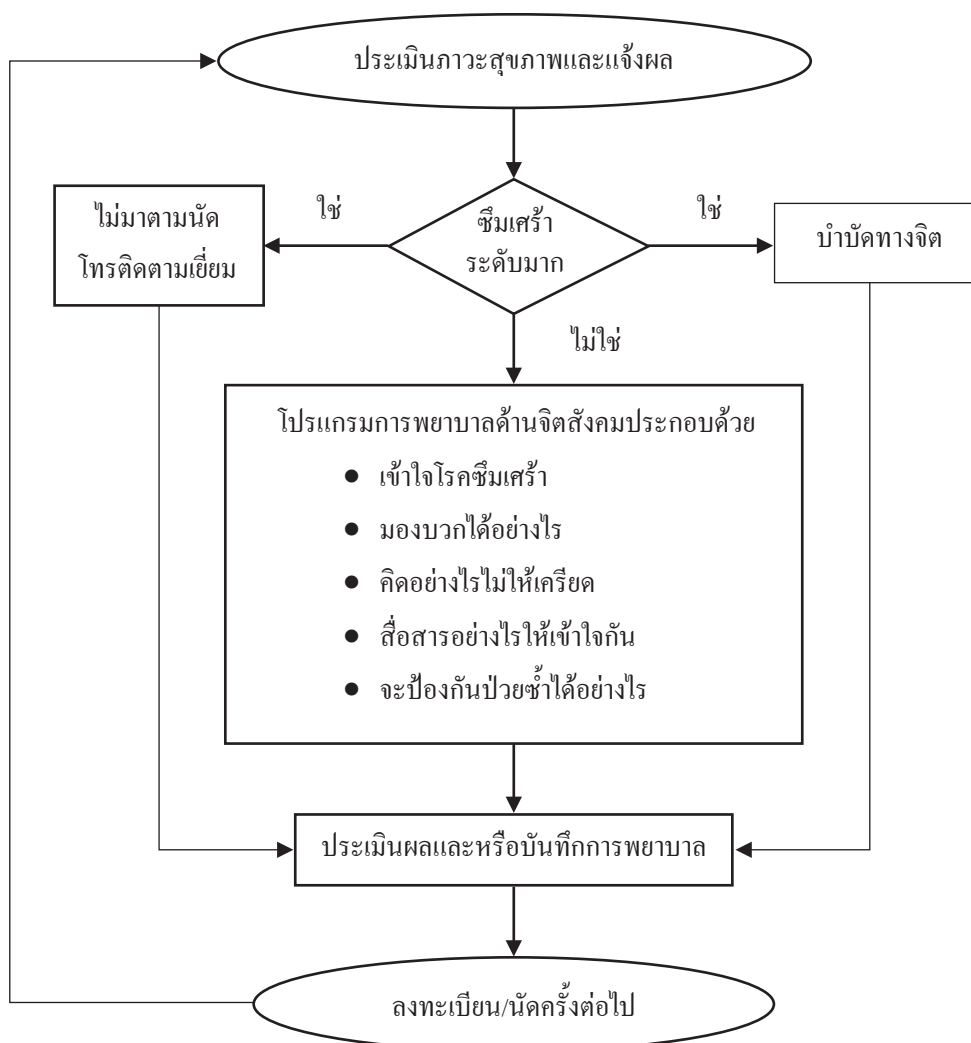
2.2 กรณีผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลให้การบำบัดทางจิต และให้ข้อมูลที่จำเป็นเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว คือ เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าไม่ได้รับการรักษาอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ การรักษาใน

ช่วงแรกอาการไม่ดีขึ้นในทันทีใช้เวลาประมาณ สัปดาห์ กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลเบื้องต้นตามปัญหา ประเมินผล/บันทึกการพยาบาล และให้กลับมารักษาตามนัดต่อเนื่อง

2.3 หลังจากผู้ป่วยรักษาด้วยยาและหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม 5 ครั้ง ประกอบด้วย เข้าใจโรคซึมเศร้า มองบวกได้อย่างไร คิดอย่างไรไม่ให้เครียด สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน และจะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไรในแต่ละกิจกรรมมีการประเมินผลตามวัตถุประสงค์การพยาบาลแต่ละครั้ง

2.4 การประเมินผลการพยาบาลและหรือการบันทึกการพยาบาล เป็นการประเมินผลการพยาบาลและบันทึกผลการประเมินและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ลงในเวชระเบียน รวมถึงการประเมินอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตเมื่อให้การพยาบาลไปแล้วในเดือนที่ 1, 3 และเดือนที่ 6

2.5 ลงทะเบียนการให้การพยาบาล และนัดเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องก่อนพบแพทย์ในครั้งต่อไป



รูปที่ 1 รูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก

3. ผลการศึกษาตอบคำถามการศึกษาข้อที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกมีประสิทธิผลหรือไม่ ประเมินโดยการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจำนวน 30 คน ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 การศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุน้อยที่สุด 24 ปี มากที่สุด 64 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.7 ลงลงมา 51-60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 23.3 สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่คู่

จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ทุกคน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลทางจิต

สังคมไปแล้วที่เดือน 1, 3 และ 6 เดือนพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการพยาบาลตามรูปแบบผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับมาก เป็นระดับน้อย และระดับปกติตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คะแนนภาวะซึมเศร้า (n=30)	ค่าเฉลี่ย	S.D	ระดับ
ก่อนการทดลอง	21.6	7.1	ระดับมาก
หลังการทดลอง			
เดือนที่ 1	14.6	6.7	ระดับน้อย
เดือนที่ 3	8.5	4.7	ระดับปกติ
เดือนที่ 6	3.6	1.9	ระดับปกติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลทางจิตสังคมไปแล้วที่เดือน 1, 3 และ 6 เดือนพบว่า คะแนนเฉลี่ย

คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพยาบาลตามรูปแบบผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คะแนนภาวะซึมเศร้า (n=30)	ค่าเฉลี่ย	S.D	ระดับ
ก่อนการทดลอง	77.0	12.4	ระดับกลาง
หลังการทดลอง			
เดือนที่ 1	90.3	10.2	ระดับกลาง
เดือนที่ 3	100.0	8.6	ระดับดี
เดือนที่ 6	104.4	2.5	ระดับดี

นอกจากนี้ จากการประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเขียนความคิดเห็นของตนเองอย่างอิสระว่าได้รับประโยชน์อะไรจากรูปแบบการพยาบาลดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อรูปแบบการพยาบาล ดังตัวอย่างผู้รับบริการที่เขียนประเมินไว้ ดังนี้

...ในขณะที่เรามีอาการ พยาบาลเป็นที่ปรึกษาในแง่บวกและชัดเจน ง่ายต่อการนำกลับไปปรับปรุงแก้ไขความประพฤติดของตนเองเมื่ออยู่บ้านกับคนรอบข้างหรือกับคนที่เรามีปัญหาตลอดระยะเวลา 3 เดือน ที่ได้มารับการรักษาและมีโอกาสพูดคุย ความคิดความรู้สึก อารมณ์ ของดิฉันเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีมากขึ้น รักตัวเองมากขึ้น คิดในแง่บวกมากขึ้น พยายามทำความเข้าใจคนอื่นและให้โอกาสเขาในการแก้ไขเป็นการรักษาอีกทางหนึ่งซึ่งช่วยให้คนอย่างเรามีพัฒนาการที่ดีขึ้น...

จากการประชุมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลวิชาชีพ และจิตแพทย์ มีความคิดเห็นเชิงบวกเช่นเดียวกัน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ความคิดเห็นว่า “...รู้สึกภูมิใจที่มีส่วนร่วมในกระบวนการที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสังเกตเห็นว่าหลังจากที่ผู้ป่วยและญาติคุยกับพยาบาลแล้วเขาพึงพอใจ บางคนมานั่งรอเพื่อที่จะขอเข้ารับการรักษาเพราะเขาเห็นว่าช่วยเหลือเขาในการแก้ไขปัญหาได้...” พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นว่า...การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการเพิ่มคุณค่าของ

วิชาชีพการพยาบาล...ส่วนจิตแพทย์มีความเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลดังกล่าวว่า “...เท่าที่หมอได้ดูแลคนไข้ด้วยกันกับพยาบาล...แทนที่หมอจะเป็นคนอธิบาย Dynamic ของโรคให้คนไข้ทราบ แต่กลับเป็นคนไข้อธิบายให้หมอฟัง...เขาบอกว่าคุยกับพยาบาลแล้วที่เขาเป็นอย่างนี้เพราะอะไร ต้องกลับไปทำอะไรต่อไป...เป็นการทำงานร่วมกันที่ช่วยคนไข้ได้มาก....จะเห็นได้ว่านอกจากประสิทธิผลของรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลต่อการทำงานเป็นทีมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกันอีกด้วย

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการและความคาดหวังแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า การที่ผู้ป่วยใหม่ต้องการให้พยาบาลอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเอง ต้องการการพูดคุยที่จะช่วยให้ความรู้สึกดีขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ดี เพราะในการรักษาพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้นั้น ต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Sadock and Sadock, 2003) ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวดังกล่าวช่วยป้องกันปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหยุดกินยาในเดือนแรกของการรักษา ร้อยละ 28 และหยุดกินยาในเดือนที่สามของการรักษา ร้อยละ 44 (Lin et al., 1995) ด้วยเหตุผลที่เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องกินยา ผู้ให้บริการ

ไม่ได้ให้คำแนะนำ และสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Haynes et al., 2005)

ดังนั้น ถ้าพยาบาลจะป้องกันปัญหาดังกล่าวต้องออกแบบการพยาบาลที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า ที่สำคัญทักษะการพยาบาลด้านจิตสังคมจะช่วยส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ที่สำคัญต้องจัดให้มีบริเวณหรือห้องที่เป็นส่วนตัวเพื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคม นอกจากนี้เป็นความต้องการของผู้รับบริการแล้วยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม คือ สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยไม่มีความเป็นส่วนตัว (กิตติกร นิลมานัด และคณะ, 2548) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมต้องคำนึงถึงเรื่องนี้ด้วย

สำหรับทัศนคติการรับรู้ของพยาบาล พบว่ามีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลด้านจิตสังคม เพราะเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมแต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอุปสรรค คือ ภาระงาน อัตรากำลังไม่พอ ไม่มีสถานที่เฉพาะ ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะ ไม่มีแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคม สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พยาบาลเห็นความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตสังคมแต่มีสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมมากที่สุด คือ การมีภาระงานอื่นมากจนทำให้ไม่มีเวลาในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคม และสอดคล้องกับการวิเคราะห์อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลระดับปฏิบัติการกิตติกร นิลมานัด และคณะ (2548) พบว่ามีอุปสรรค 5 ด้าน คือ 1) ภาระงานส่วนใหญ่ใช้เวลาทำงานเอกสาร การประสาน

งานเพื่อให้การบริการผู้ป่วย งานที่ไม่ใช่ภาระโดยตรงของพยาบาลแต่ต้องดำเนินการเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย 2) วัฒนธรรมการทำงาน เช่น การทำงานประจำให้สำเร็จ การขาดแบบอย่างจากพยาบาลรุ่นพี่ที่อาวุโส และความรู้สึกแปลกแยกจากกลุ่มเมื่อให้การพยาบาลด้านจิตสังคม 3) การบริหารจัดการ เช่น การหมุนเวียนการปฏิบัติงาน 4) ตัวบุคคลเป็นความไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมส่งผลให้หลีกเลี่ยงการให้การพยาบาลด้านจิตสังคม และ 5) สภาพแวดล้อมที่สำคัญคือไม่มีความเป็นส่วนตัว

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ มีกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้นมาใหม่จากรูปแบบเดิม คือ การพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องจากการส่งต่อบริการตามรูปแบบเดิม โปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม 5 ครั้ง ประกอบด้วย เข้าใจโรคซึมเศร้า มองบวกได้อย่างไร คิดอย่างไรไม่ให้เครียด สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจกัน และจะป้องกันป่วยซ้ำได้อย่างไร การพัฒนาในครั้งนี้ สำเร็จได้ เพราะมีการออกแบบโดยลดอุปสรรคทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่ศึกษาในระยะที่ 1 สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาล (กิตติกร นิลมานัด, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริพันธ์ ศาสตราบุรุษย์, ยุพา อ่องโกทัย, ศรีวรรณ ช้วนบุญ, 2548) ตั้งแต่การจัดห้องสำหรับการให้การพยาบาลด้านจิตสังคม เพื่อลดอุปสรรคเรื่องสถานะแวดล้อม ผู้บริหารสนับสนุนให้จัดคนรับผิดชอบ 1 คนเป็นพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลจิตเวช

(CNS) เพื่อลดอุปสรรคเรื่องภาระงานของพยาบาลอื่นที่ให้บริการในแต่ละวัน อุปสรรคเรื่องวัฒนธรรมการทำงานที่ไม่เป็นการแปลกแยกเพราะเป็นความร่วมมือกันในการพัฒนางาน รวมถึงอุปสรรคการบริหารจัดการที่ไม่ต้องหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน และอุปสรรคเรื่องตัวบุคคลเพราะพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมีสมรรถนะเพียงพอไม่จำเป็นต้องฝึกอบรมใหม่ เป็นการมอบหมายงานที่สอดคล้องกับสมรรถนะของบุคลากร

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมและสอดคล้องตามรูปแบบการพยาบาล คือ กระบวนการพยาบาล (McCrae, 2011) และมาตรฐานกระบวนการสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2544) ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนโดยการกำหนดแผนการพยาบาลไว้เป็นแนวทางให้ปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้และการประเมินผลการพยาบาล คือการประเมินผลผลิตในแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาล และการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลคือภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในครั้งนี้จึงเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการทำงานร่วมกันโดยมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Sparbel and Anderson, 2000) และสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนา คือ การมองเห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลง การเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการรับรู้ความต้องการความคาดหวังของ

ผู้รับบริการ (Nolan and Grant, 1993) เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาและเกิดการพัฒนาการพยาบาลที่ยั่งยืน

3. การประเมินผลรูปแบบการพยาบาลในระยะที่ 3 ประเมินโดยการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบใหม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นเป็นผลกระทบจากการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพราะผู้ป่วยได้รับการสอนให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า อาการ การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (Aikens et al., 2005) และเมื่อกินยาที่ช่วยให้การทำหน้าที่ของสมองทำงานได้ตามปกติเกิดความสุขของสารสื่อประสาท ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นอกจากนี้ โปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีกิจกรรมเรื่องมองบวกได้อย่างไรและคิดอย่างไรไม่ให้เครียด เมื่อพิจารณากิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว เป็นการสอนที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองในการจัดการกับความเครียด เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีมุมมองต่อตนเอง สถานการณ์และอนาคตเป็นลบ (Beck et al., 1979) การมีทักษะดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการความคิดที่ไม่ดีของตนเองได้ นอกจากนี้ กิจกรรมเรื่องสื่อสาร

อย่างไรให้เข้าใจกัน ยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะการสื่อสารที่ช่วยลดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมมุ่งเน้นไปที่ทักษะที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารกับครอบครัวหรือบุคคลอื่นช่วยลดปัญหาสัมพันธภาพของบุคคล และช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นด้วย (Hersen, et al., 1980; Harley et al., 2008) กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตอบสนองต่อปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมตั้งแต่การร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทักษะในการปรับวิธีคิด การสื่อสารเพื่อลดปัญหาสัมพันธภาพ และการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ จึงส่งผลให้อาการของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นเรื่องสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลขึ้นใหม่ เพราะช่วยให้มองเห็นบริบท ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนของการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจนและครอบคลุม และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการความคาดหวังของผู้ให้และผู้รับบริการ

2. การพัฒนาการรูปแบบการพยาบาลต้องเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ในสถานการณ์ของการปฏิบัติการพยาบาลจริง และในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สำคัญต้องใช้แนวคิด

ทางการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา

3. ข้อจำกัดของกรณีศึกษานี้ คือ การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถให้การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกได้ แต่ยังต้องการการวิจัยทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การพยาบาลตามรูปแบบใหม่ เปรียบเทียบกับการพยาบาลรูปแบบเดิมหรือการพยาบาลรูปแบบอื่น และมีการออกแบบการวิจัยที่ควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตเป็นอย่างดี เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้านจิตสังคม รวมถึงการศึกษาถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนของรูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พัฒนาขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณชนิสรา มุขสมบัติ หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่สนับสนุนให้ดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขอขอบคุณกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ และงานบริการยาต่อเนื่องที่เสียสละย้ายสถานที่ทำงาน เพื่อจัดห้องใหม่สำหรับให้บริการพยาบาลด้านจิตสังคม

เอกสารอ้างอิง

กิตติกร นิลมานัด, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริพันธ์ ศาสตราบุรุษย์, ยุพา อ่องโกทัย และ ศรีวรรณ ช่วยบุญกุล. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม:เสียงจากพยาบาลปฏิบัติการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23 (5), 291-301.

กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ

- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(2), 79-89.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และ จรัสศรี บัวบาน. (2541). การวิเคราะห์การพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 18(1-4), 29-47.
- พิชัย อิกูฐสกุล. (2555). *โรคอารมณ์ผิดปกติในมาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์รายาธิปไตย (หน้า 148-161). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิปไตย.*
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ละเอียด ปานนาค, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, นารีเครือซ่า และ พชรินทร์ รักคินวล. (2553). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(3), 447-456.
- ละเอียด ปานนาค และ สกาวรัตน์ พวงลัดดา. (2554). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 23(2), 66-78.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์, ละเอียด ปานนาค, นารีเครือซ่า, นิตยาภรณ์ มงคล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, พชรินทร์ รักคินวล, วิลาสินี หร่ายลอย และ กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง. (2548). *วิจัยประเมินผลโครงการคลินิกพิเศษโรคซึมเศร้า. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.*
- ศิริพร จิรวัดเนกุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศรีภักดิ์ออฟเซ็ท.*
- สภาการพยาบาล. (2544). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.*
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ. (2540). *เปรียบเทียบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโรค 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.*
- Aikens, J.E., Nease, D.E., Nau, D.P., Klinkman, M.S., Schwenk, T.L. (2005). Adherence to maintenance phase antidepressant medication as a function of Patient beliefs about medication. *The Annals of Family Medicine*, 3 (1), 23 – 30.
- Angela, N.G., Thomas, L., Klaus, S., Gerd, K. (2004). Disease management programs for depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical care*, 42 (12), 1211 – 1221.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Gorman, M. and Sultan, F. (2008). *Psychosocial*

- Nursing for General Patient Care*. 3th ed. Philadelphia: E.A. Davis.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M. and Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136-143.
- Haynes, R.B., Yoa, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., McDonald, H.P. (2005). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Systematic Reviews*. Retrieved April 16, 2008 from www.thecochranelibrary.com.
- Hersen, M., Bellack, A.S., & Himmelhoch, J. M. (1980). Treatment of unipolar depression with social skills training. *Behavior Modification*, 4, 547-556.
- Kemmis, S.B., McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. 3nd ed. Victoria: Deakin University.
- Klerman, G.L. and Weissman, M.M. (1993). *New Application of interpersonal psychotherapy*. Washington; American Psychiatric Press.
- Lin, E.H., Korff, M., Katon, W., Simon, G.E., Walker, E., Robinson, P. (1995). Determine predictor of the primary care physician in patient's adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33(1), 67-74.
- McCrae, N. (2011). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 222-229.
- Nolan, M., Grant, G. (1993). Action research and quality of Care: a mechanism for agreeing basis values as precursor to change. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 305 – 311.
- Sadock, B., Sadock, V. (2003). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Sparbel, K.H., Anderson, M.A. (2000). Integrated literature review of continuity of care part 1, conceptual issue. *Journal Nursing Scholarship*, 32(1), 17 – 24.
- The Joana Briges Institute. (1999). Evidence based practice information sheets for health professionals. *Best Practice Journal*, 3(3), 1-6.