

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย*

สุทธนันท์ กัลละ** พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

รุ่งนภา จันทรา*** ประ.ด. (วิจัย วัฒน และสถิติการศึกษา)

ปณิดา พุ่มพุท**** พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้า และ 2) สรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าโดยรวบรวมข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยตนเองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2555 มีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 42 เรื่อง ผลการสังเคราะห์พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาผลิตจากทบทวนมหาวิทยาลัย และประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งสองเพศ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10-20 ราย งานวิจัยส่วนใหญ่ 1) มีการระบุปัญหา วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิด การวิจัย 2) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 3) ไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง 4) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มในการวิจัย และ 5) ใช้สถิติร้อยละและสถิติที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล รูปแบบการพยาบาลภาวะซึมเศร้าที่ศึกษามี 4 รูปแบบ ได้แก่ การพยาบาลตามทฤษฎีปัญญานิยม การบำบัดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และการพยาบาลตามแนวคิดทางเลือกอื่น ทั้ง 4 รูปแบบสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน จากการสังเคราะห์สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลภาวะซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตาม ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีการวัดผลลัพธ์ระยะติดตามผลและมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยทางจิตให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า การสำรวจงานวิจัย การพยาบาล

*การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี, E-mail: suthanan_pop@hotmail.com

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่าในปี 2030 (พ.ศ. 2570) โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับ 1 โดยแซงหน้าโรคหัวใจและโรค มะเร็ง (Krumova, 2012) ซึ่งเพิ่มจากเดิมที่องค์การ อนามัยโลก เคยคาดการณ์ว่าในปี 2020 (พ.ศ. 2560) ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากโรคซึมเศร้า เป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ทุกประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ โดย ข้อมูลการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ของประเทศไทยปีพ.ศ. 2551 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรค ซึมเศร้าจำนวน 148,524 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40 ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 165,785 คน คิดเป็นร้อยละ 6.04 และในปีพ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 154,242 คน คิดเป็นร้อยละ 5.60 (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2554)

จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าและ ผลกระทบที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีนักวิจัย ในศาสตร์สาขาวิชาชีพต่าง ๆ ทำการวิจัยเกี่ยวกับภาวะ ซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ในแง่มุมทางด้านชีววิทยาการ แพทย์ จิตเวชศาสตร์ มานุษยวิทยาการแพทย์ และ จิตวิทยา เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อโรคซึมเศร้าอย่าง ถ่องแท้ (ศิริพรจิรวัฒน์กุล, 2546) งานวิจัยภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคทางกาย เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือด หัวใจเอตส์ โรคสมองขาดเลือด และอัลไซเมอร์เป็นต้น พบว่า มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากกว่า 1 ใน 4 ของ ผู้ป่วยทั้งหมด (ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, 2549) นอกจากนี้จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมี ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพลดลงจาก 80 คะแนนเหลือ 65

คะแนน จะเห็นได้ว่าเมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะ ซึมเศร้าร่วมด้วยส่งผลให้ภาวะสุขภาพเสื่อมถอย โดย อาการเริ่มต้นของโรคซึมเศร้ามีลักษณะดังนี้ อารมณ์ เศร้า หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย ไม่สดชื่น เหมือนเดิม โดยอารมณ์เศร้าเบื่อหน่ายจะเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูล, 2550)

สำหรับการทำวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไม่ ปรากฏหลักฐานบันทึกที่แน่ชัดว่าเริ่มมีขึ้นครั้งแรก เมื่อไร แต่จากการสืบค้นข้อมูลทางฐานข้อมูลออนไลน์ เท่าที่สามารถสืบค้นได้ พบการเผยแพร่ผลงานวิจัยที่ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2517 หลังจากนั้นพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะ ซึมเศร้าตีพิมพ์เผยแพร่ออกมาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่ง ถึงปัจจุบันพบว่า ทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีการพัฒนามาเรื่อย ๆ จากการวิจัยเชิงบรรยายไปสู่การ วิจัยเชิงทดลอง การสืบค้นทางฐานข้อมูลออนไลน์ ดังกล่าว ทำให้ทราบว่าในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวนมาก และเป็นการ ศึกษาในทุกกลุ่มประชากร ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสาขาการพยาบาล เมื่อทบทวน วรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่น่าสนใจเช่น การ ศึกษาของกาญจน์กนก สุรินทร์ชัมพู (2551) ศึกษาการ บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มี ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยหลังการบำบัดและระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน มีระดับลดลง การศึกษาของวรรณุช กิตสัมบันท์ (2551) เกี่ยวกับการบำบัดทางสติและปัญญาใน ผู้หญิงไทยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและ ปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางสติและปัญญามีภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะ เวลา 1 เดือน และที่ระดับ .05 ในเวลา 4 เดือน และ พัทธรีน ฉายสุขศรี (2551) ศึกษาโปรแกรมการฝึกพูด กับตนเองทางบวกในวัยรุ่นหญิงโรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า คะแนน

ภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงหลังเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเอง ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และทัศน ทวีคุณ (2554) สํารวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า แบบแผนการวิจัยของการวิจัยแบบ ทดลองและแบบกึ่งทดลองส่วนใหญ่เป็นการวัดก่อนหลัง 2 กลุ่มร้อยละ 59.7 และพบงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัด ทางด้านจิตสังคมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลตาม แนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น เกสตัลท์ (Gestalt) และ โรเจอร์ (Roger) เป็นต้น การบำบัดทางความคิด การ บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำสมาธิ และการ ผ่อนคลาย เป็นต้น

จากการที่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จำนวนมาก ประกอบกับจำนวนและอัตราผู้ป่วยทาง สุขภาพจิตของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประเด็นว่อดังกล่าวในปัจจุบันเกี่ยวกับการ พยาบาลโรคซึมเศร้าระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 เป็นอย่างไร ประกอบกับไม่พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยใน ฐานะที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการสอนทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจที่จะสรุปงานวิจัยที่ เกี่ยวกับการพยาบาลโรคซึมเศร้าซึ่งการสรุปงานวิจัย ในครั้งนี้นำไปสู่การสรุปความรู้ที่เกี่ยวกับการพยาบาล โรคซึมเศร้าเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะและ ทิศทางการ วิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลโรคซึมเศร้าต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับการ พยาบาลภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปีพ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย ประเภทการวิจัย ปัญหาการวิจัย และ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบแผนการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. เพื่อสรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล ภาวะซึมเศร้าในประเด็นดังต่อไปนี้

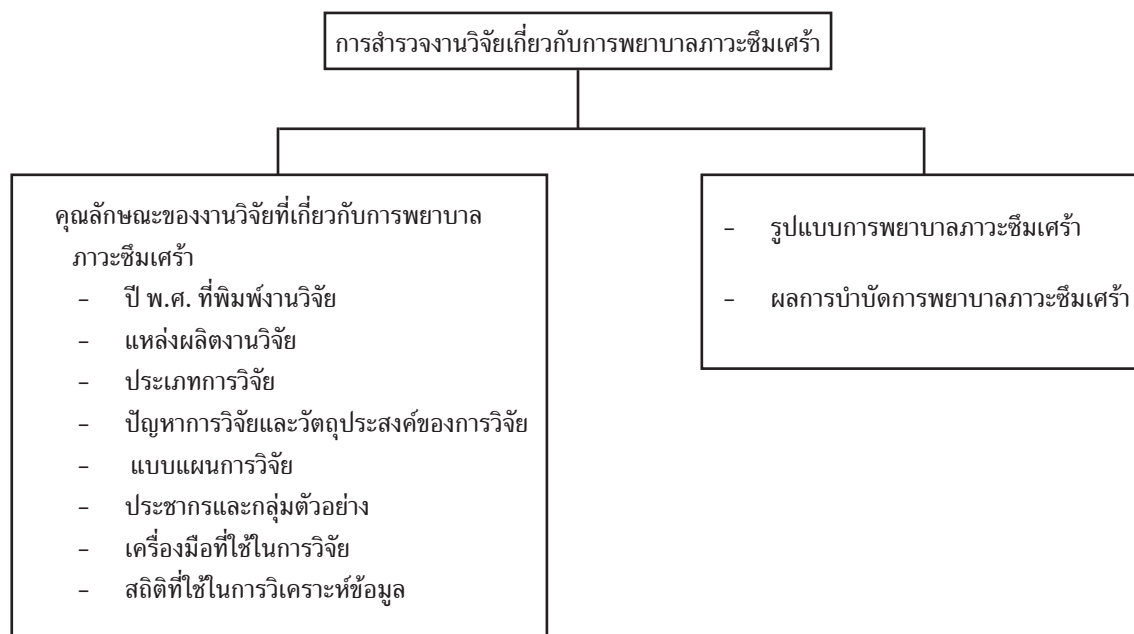
2.1 รูปแบบการพยาบาลภาวะซึมเศร้า

2.2 ผลการบำบัดการพยาบาลภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงาน วิจัยมาเป็นแนวทางในการอธิบายได้ว่า การวิเคราะห์ คุณลักษณะงานวิจัยและผลการวิจัยจะทำให้สามารถ สรุปความรู้ที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าใน ประเทศไทยตลอดจนระบุช่องว่างของความรู้ที่เกี่ยวกับการ พยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่ ข้อเสนอแนะและทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล ภาวะซึมเศร้าต่อไป

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 ถึงปีพ.ศ. 2555 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์จำนวน 12 ฐานข้อมูล ซึ่งเป็นฐานข้อมูลเฉพาะของห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิตในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้

1. สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล
2. สำนักหอสมุดกลางจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

6. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หาดใหญ่)
8. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (วช.)
10. วิทยานิพนธ์อุดมศึกษาของรัฐ/Thailand Library Integrated System (Thailis)
11. งานวิจัยทางการแพทย์ กรมสุขภาพจิต
12. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2555 จำนวน 125 ชื่อเรื่อง ทั้งที่ได้รับการ

ตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาจัดทำโดยนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยและ/หรือดุษฎีบัณฑิต และไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาจัดทำโดยนักวิจัยในสาขาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้า จำนวน 42 ชื่อเรื่อง ที่ปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยในการศึกษาคือ

1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials และระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544)

2) เป็นงานวิจัยที่มีการวัดตัวแปรตามในระดับภาวะซึมเศร้า

3) ไม่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวกับยา พิษสุณไพโร การทดลองทางห้องปฏิบัติการและการศึกษาในสัตว์ทดลอง

4) เป็นงานวิจัยที่มีฉบับสมบูรณ์ (full-text)

กรณีที่พบรายชื่อจากฐานข้อมูลออนไลน์มากกว่า 1 ฐานข้อมูล ผู้วิจัยเลือกศึกษาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยการพยาบาลภาวะซึมเศร้าซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชำนาญการจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .79 นำไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (inter-rater reliability) โดยไปเก็บข้อมูลร่วมกันกับผู้บันทึก 2 คน และผู้วิจัยรวมเป็นจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการบันทึก พบว่า ทุกข้อมีความสอดคล้องในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นดังนี้ “ซึมเศร้า” “ภาวะซึมเศร้า” “Depression” และ “Depressive Symptom” จากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัยและฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต จำนวน 11 ฐานข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลสำนักหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยมหิดล ฐานข้อมูลสำนักหอสมุดกลางจุฬาลงกรณ์ ฐานข้อมูลสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัย

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

ขอนแก่น ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฐานข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ฐานข้อมูลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อุดมศึกษาของรัฐ และฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ของกรมสุขภาพจิต รวมถึงการสืบค้นด้วยตนเองโดยสืบค้นวิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย และวิจัยจากวารสารวิชาการต่างๆ

2. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 42 เรื่อง

3. ติดตามงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยโดยใช้แบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยมีดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัย

2. กำหนดรหัสให้กับข้อมูล เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดระบบให้เป็นหมวดหมู่

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานวิจัย ได้แก่ ปี พ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย ประเภทการวิจัย ปัญหาการวิจัยและ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบแผนการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติบรรยาย ซึ่งได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ บรรยายคุณลักษณะของงานวิจัย

4. วิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลและผลการวิจัย ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิเคราะห์งานวิจัย

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 92.90 แหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัยคิดเป็นร้อยละ 92.90 มีการระบุปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย คิดเป็นร้อยละ 100 มีการระบุกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม คิดเป็นร้อยละ 88.10 และใช้ทฤษฎีทางการแพทย์เป็นกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 4.80 แบบแผนการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 100 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 66.70 ศึกษาทั้งสองเพศ คิดเป็นร้อยละ 47.60 ศึกษาในวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40.50 ไม่มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 69 ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 61.90 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10-20 คน คิดเป็นร้อยละ 69 ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเฉพาะเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 76.20 และใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงในการวิเคราะห์ข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 64.30 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้สถิติร้อยละและสถิติ t-test

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลภาวะซึมเศร้าพบรูปแบบการพยาบาลภาวะซึมเศร้า 4 รูปแบบ ได้แก่ การพยาบาลตามทฤษฎีปัญญานิยม คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นการบำบัดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์คิดเป็นร้อยละ 26.19 การพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมคิดเป็นร้อยละ 14.29 และการพยาบาลตามแนวคิดทางเลือกอื่น คิดเป็นร้อยละ 26.19 โดยแต่ละรูปแบบมีรายละเอียด ดังนี้

1. การพยาบาลตามทฤษฎีปัญญานิยม จำนวน 14 เรื่อง พบว่าเป็น 1) การบำบัดทางความคิดและ

พฤติกรรม จำนวน 7 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ การบำบัดอยู่ระหว่าง 5-6 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ 2) การบำบัดทางความคิด จำนวน 5 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดอยู่ระหว่าง 1-12 ครั้ง ครั้งละ 40-120 นาที ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 3) การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในผู้พยายามฆ่าตัวตายและเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน การบำบัดอยู่ระหว่าง 5-8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 120 นาที ระยะเวลา 5-8 สัปดาห์

2. การพยาบาลตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จำนวน 11 เรื่อง พบว่าเป็น 1) การฝึกพูดกับตนเองทางบวก จำนวน 4 เรื่อง ศึกษาในเด็กวัยรุ่นหญิง ผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำ ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติและนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดอยู่ระหว่าง 6-8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 120 นาที ระยะเวลา 6 - 8 สัปดาห์ 2) การให้คำปรึกษาตามแนวคิดซาตียร์ (Satir) จำนวน 3 เรื่อง ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า การบำบัดอยู่ระหว่าง 4-8 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที เป็นเวลา 4-8 สัปดาห์ 3) การให้คำปรึกษาตามแนวคิดพุทธธรรมบำบัด จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการบำบัด 9 ครั้ง ครั้งละ 60 -105 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ 4) การให้คำปรึกษาตามแนวคิดทรอตเซอร์ (Trotzer) จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในเด็กชายและเด็กหญิงที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที จำนวน 8 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ และ 5) การให้คำปรึกษาครอบครัวบำบัด จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60- 90 นาที จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

3. การพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม 6 เรื่อง พบว่าเป็น 1) การแก้ปัญหา จำนวน 3 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ผู้พิการและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ระยะเวลาการบำบัดระหว่าง 6-7 ครั้ง ครั้งละ 40-90 นาที เป็นเวลา 6-7 สัปดาห์ 2) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ 3) กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในนักเรียนอายุ 15-18 ปี ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 2 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง

4. การพยาบาลตามแนวคิดทางเลือกอื่น จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลแบบผสมผสาน จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง 2) การพยาบาลแบบองค์รวม จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 4 สัปดาห์ รวม 4-8 ครั้ง 3) จิตสังคัมแบบบูรณาการ จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60- 90 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง 4) ดนตรีบำบัด จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในวัยรุ่นหญิงสถานสงเคราะห์เด็กบ้านราชวิถีและผู้สูงอายุ ระยะเวลาการบำบัด 8-10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 5 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง 5) การฝึกโยคะ จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง 6) การพยาบาลเน้นความทรงจำ จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง และ 7) การบำบัดประคับประคอง จำนวน 3 เรื่อง ศึกษาในวัยรุ่นตอนต้น ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 3 สัปดาห์ รวม 3-6 ครั้ง

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ผลของการบำบัดพบว่าการพยาบาลทั้ง 4 รูปแบบมีการประเมินผลภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 1) หลังการทดลองทันที จำนวน 12 เรื่อง 2) หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ จำนวน 4 เรื่อง 3) หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนจำนวน 1 เรื่อง และ 4) หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งทั้ง 4 รูปแบบสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยเพื่อสรุปความรู้จากการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา แหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจาก ทบวงมหาวิทยาลัย ทั้งนี้เนื่องจากมาจากการผลิตงานวิจัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเป็นข้อกำหนดหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจึงทำให้พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (พิมลรัตน์ อินทแสน และคณะ, 2553; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554) นอกจากนี้ อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นในอดีตที่ผ่านมา จากการศึกษาร่วมกันระหว่าง WHO, Harvard School of Public Health, and World bank (Murray & Lopez, 1996) เพื่อคาดการณ์ภาระโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรใน ทุกภูมิภาคของโลก ปรากฏว่าโรคซึมเศร้า ได้เปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (ธณินทร์ กองสุข, 2556) และรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007)

คาดว่า ในปี 2030 (พ.ศ. 2570) โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นลำดับ 1 โดยสูงกว่าโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Krumova, 2012) สำหรับประเทศไทยปัจจุบันพบความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยร้อยละ 2.7 หรือประมาณ 1,700,000 คนเข้าถึงบริการร้อยละ 19 หรือ 330,000 คน (อุ้นจิตร คุณารักษ์, 2556) ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว จึงอาจเป็นแรงกระตุ้นให้พยาบาลมีความสนใจทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นประกอบกับความต้องการคนที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้น ซึ่งช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาตนเองให้มีความสามารถในเฉพาะสาขา และสร้างผลงานวิจัยที่มุ่งสู่การปรับปรุงการปฏิบัติและความร่วมมือระหว่างอาจารย์กับพยาบาลฝ่ายบริการ เพื่อสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538 อังนิน พิมลรัตน์ อินทแสนและคณะ, 2553) จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ นักวิจัยสนใจในประเด็นที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จึงทำให้มีงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก

ทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยส่วนใหญ่ คือ ทฤษฎีทางจิตสังคม เช่น ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เป็นต้น สะท้อนให้เห็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่ามีความเกี่ยวข้องทั้งด้านจิตใจและด้านสังคม โดยเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีบทบาทที่ทำให้การคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงดังเช่น ทฤษฎีปัญญานิยมอธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิด และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Beck, 1967 อังนิน ดวงเดือน นรสิงห์, 2546) ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock & Sadock, 2000) ทฤษฎี

จิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคล ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือจินตนาการก็ตาม สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud, 1917 as cited in Bush, Rudden, & Shapiro, 2004) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (behavioral theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการได้แรงเสริมทางบวกที่ไม่เหมาะสม หรือไม่เพียงพอจากสิ่งแวดล้อมหรือไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Lewinson, 1974 cited in Matson, 1989)

สำหรับทฤษฎีทางสังคม (social theory) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม โดยทฤษฎีเน้นว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่า เหตุการณ์ในชีวิต (stressful life event) ที่มีบทบาทในการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียงาน การถูกทำร้าย ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย (วิภาวี เผ่ากันทรากกร, 2548; Greist & Jefferson, 1992) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) สถานภาพสมรส (marital status) บทบาททางสังคม (social role) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียในคู่สมรส (Beeber, 1996 cited in Sangon, 2001) ปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลที่มีความเปราะบางทางจิตใจยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในแง่ลบ เกิดการแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (William, Laurie, Beth, Allison, & Ronald, 2003)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ศึกษาทั้งสองเพศ และศึกษาในวัยผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคทางกายเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และการติดสารเสพติด

เป็นต้น กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคหรือปัญหาทางร่างกายอื่นๆ ตามมา เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคพาร์คินสัน โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น เห็นได้จากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และเอดส์ (AIDS) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะโรคอย่างรุนแรง ซึ่งส่งผลต่อสภาวะร่างกายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องมากยิ่งขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ที่รายงานอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างเดียวและการเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกับ โรคอื่นๆ เช่น โรคทางกายเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม โรคหอบหืด และโรคเบาหวาน เป็นต้น และยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพลดลงจาก 80 คะแนนเหลือ 65 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยส่งผลให้ภาวะสุขภาพเสื่อมถอย สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมีโอกาที่จะพบภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 16-46 และสุทธานันท์ ชุนแจ่ม และคณะ (2554) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอยู่ระหว่างร้อยละ 6.7-71.9 เช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดร้อยละ 44.70 ผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 43.30 และผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 39.60 ตามลำดับ (นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และสุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2555)

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าพบงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยทางจิตจำนวนไม่มาก แต่สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักถึงปัญหาของผู้ดูแลและผู้ป่วยทางจิต ซึ่งนำไปสู่ความต้องการการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดดูแลภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยทางจิต สำหรับกลุ่มผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่และภาระที่สูงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ที่กล่าวว่า จากภาวะโรคที่มีความก้าวหน้าและรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ญาติและครอบครัวต้องมามีบทบาทในการดูแลทั้งภาระค่าใช้จ่ายและภาระที่ต้องกระทำให้กับผู้ป่วย จากการเปลี่ยนแปลงของโรคและบทบาทหน้าที่และภาระที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเหล่านี้ ถือได้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่และภาระที่หนักซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตโดยการศึกษาของสุนันทา ศรีสาคร (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การศึกษาของจริญญา แก้วสกุลทองและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2554) พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นพบว่าภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ร้อยละ 61.50 จำแนกตามการวินิจฉัยโรคคือ mood disorders, attention-deficit / hyperactivity disorder, substance-related disorders, schizophrenia, conduct disorder, mental retardation and learning disorders และโรคอื่น ๆ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าที่เกิดร่วมอยู่ ร้อยละ 78.72, 70.31, 67.64, 66.67, 61.54, 41.17 และ 35.71 ตามลำดับ จึงทำให้นักวิจัยเริ่มตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยทางจิต

ในส่วนของการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ส่วนใหญ่ 1 กลุ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 10-20 ราย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้ความน่าจะเป็น โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีเฉพาะเจาะจง แสดงให้เห็นว่างานวิจัยอาจมีข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเป็นภาวะที่มีลักษณะที่เฉพาะ ผู้วิจัยต้องมีการกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย อย่างไรก็ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มในทางวิจัยนั้นถือว่าการออกแบบการวิจัยที่ค่อนข้างอ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร พลายะหาร (2551) พบว่า งานวิจัยทางการพยาบาลแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ใช้กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม ซึ่งอาจเนื่องมาจากการงานวิจัยส่วนใหญ่มีผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพียงคนเดียว ประกอบกับงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาจึงอาจมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาหากจำนวนกลุ่มที่ศึกษาหลายกลุ่มอาจทำให้เกิดความล่าช้า

รูปแบบการบำบัดและผลการบำบัด จากการวิเคราะห์สามารถสรุปรูปแบบการพยาบาลได้ 4 รูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลตามทฤษฎีปัญญานิยม รองลงมาเป็นการบำบัดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และการพยาบาลตามแนวคิดทางเลือกอื่น ซึ่งทั้ง 4 รูปแบบให้ผลการบำบัดที่ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าจากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านอารมณ์ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความกระตือรือร้นเข้าใจในที่มาของปัญหา อาการและอาการแสดงที่ตนเผชิญ สามารถแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งตลอดจนฟื้นฟูจากความเจ็บปวดจะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากลับไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้เช่นเดิม (สายฝน เอกวารงกูร, 2553) สามารถอภิปรายรูปแบบการพยาบาลที่พบมากได้ดังนี้

การพยาบาลตามทฤษฎีปัญญานิยมจำนวน 14 เรื่อง เป็นการบำบัดที่ได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตายและเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ระหว่างการบำบัดอยู่ระหว่าง 1-12 ครั้ง จำนวน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 60-120 นาที เนื่องจากการบำบัดตามทฤษฎีปัญญานิยมเป็นการบำบัดที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิด โดยการให้ข้อมูลและเหตุผลที่สอดคล้องกับความจริงซึ่งทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิดไปในแง่บวก มีการคิดแบบยืดหยุ่นจึงส่งผลลดภาวะซึมเศร้าได้ (Dubovsky, Davies, & Dobovsky, 2004) สอดคล้องกับสายฝน เอกวรังกูร (2553) ที่กล่าวว่า เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการและกระบวนการคิดที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยสะท้อนให้บุคคลมองเห็นลักษณะความคิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและพฤติกรรมที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมโดยเฉพาะการบำบัดตามทฤษฎีปัญญานิยมจะช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามในการบำบัดดังกล่าวผู้บำบัดควรเป็นผู้มีประสบการณ์และมีความชำนาญการบำบัดจึงจะเกิดประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิชนี หัตถิพรหม, ไพโรวัลย์ ร่มซ้าย, และมัลลิกา พูนสวัสดิ์ (2555) พบว่ากลุ่มบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ช่วยลดความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือน ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

สำหรับการพบรูปแบบการบำบัดในงานวิจัยในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาอภิมาน (meta analysis) ในต่างประเทศของบาเชอร์วีกและคณะ

(Barsevick, Sweeney, Haney & Chung, 2002) ที่ศึกษาจากทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 36 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1980-ค.ศ. 2000 พบว่า ร้อยละ 70 เป็นพฤติกรรมบำบัด ร้อยละ 60 เป็นการให้คำปรึกษา และร้อยละ 58 เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducational interventions) เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ อิทเธอร์ฮอฟ และคณะ (Uitterhoeve et al., 2004) จำนวน 13 เรื่อง พบว่าการบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยเฉพาะการบำบัดทางพฤติกรรม เช่น การผ่อนคลาย การสนับสนุนทางสังคม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการให้คำปรึกษาช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ วิลเลียมและเดล (Williams & Dale, 2006) พบว่าการบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถใช้บำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลของการบำบัดพบว่า รูปแบบการพยาบาลทั้ง 42 เรื่อง สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ระยะติดตามผล 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลทุกกิจกรรมสามารถนำมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเมื่อพิจารณาแต่ละงานวิจัยพบว่า ลักษณะการพยาบาลแต่ละประเภทมีการระบุงรอบแนวคิดหลักในการนำหลักทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ อย่างชัดเจนโดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงหลักฐานที่น่าเชื่อถือของแนวคิดนั้น ๆ แล้วนำกรอบแนวคิดมาร่วมกำหนดการกระทำ กิจกรรมหรือโปรแกรมสำหรับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาที่มีการควบคุมคุณภาพในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย การกำหนดกรอบแนวคิดต้องมีความชัดเจนและเลือกใช้ทฤษฎีการพยาบาลที่เหมาะสมที่จะนำมาเป็นกรอบในการศึกษา นอกจากนี้ ผู้ที่ท้าววิจัยแต่ละเรื่องมี

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

การประยุกต์กรอบแนวคิดในการศึกษาได้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยจึงส่งผลต่อการวิจัยอย่างไรก็ตาม การนำการพยาบาลไปใช้ให้เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าขึ้นกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วย ระดับของภาวะซึมเศร้า การรักษาพยาบาล ตลอดจนสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่จะทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอน แนะนำ ตลอดจนช่วยเหลือ (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537 อ้างใน สมพร รูปช้าง, 2550) และขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้บำบัด วิธีการบำบัดและระยะเวลาในการบำบัด ซึ่งผู้บำบัดควรเป็นผู้มีความรู้เฉพาะและผ่านการอบรมก่อนการบำบัดให้กับผู้ป่วยจึงจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะของผลการพยาบาล ผลการวิจัยจึงไม่อาจอ้างอิงไปยังงานวิจัยที่เกี่ยวกับยา สมุนไพร การทดลองทางห้องปฏิบัติการและการศึกษาในสัตว์ทดลอง

2. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ร่วมกับการสืบค้นด้วยตนเองจึงอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในการสืบค้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแล จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแลให้มากขึ้น

2. การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มให้มากขึ้น

3. การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวัดผลลัพธ์หลังการทดลองทันทีมากกว่าระยะติดตามผล จึงควรประเมินผลลัพธ์การพยาบาลภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผลให้มากขึ้นเพื่อประโยชน์การนำไปใช้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2549. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 13 มิถุนายน 2550, จาก <http://www.dmh.go.th/ebook/files/rpt2554.pdf>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมจิตเวช ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เกี่ยวกับตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากกว่าหรือเท่ากับ 31. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 1 มีนาคม 2557, จาก <http://www.thaidepression.com/www/56/guidelines2556.pdf>

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู. (2551). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า. รายงานการศึกษานิเทศะ ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการร่าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(6), 36-47.

จริญญา แก้วสกุลทอง, และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 23(2), 65-77.

ดวงเดือน นรสิงห์. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอลกอฮอล์. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธรณินทร์ กองสุข. (2556). องค์ความรู้โรคซึมเศร้าในการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับผู้ปฏิบัติ. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 21 มีนาคม 2557, จาก http://www.thaidepression.com/www/training_u.php

- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- ประทีก ลิขิตเลอสรวง. (2549). จิตปัญญาบำบัด (Wisdom Psychotherapy)-จิตบำบัดแนวพุทธธรรม. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 25 มกราคม 2556, จาก <http://thethanika.blogspot.com/2010/09/wisdom-psychotherapy.html>
- พิมลรัตน์ อินแสน, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอรสา พันธักกิตติ. (2553). การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 16(2), 238-258.
- พัชริน ฉายสุขศรี. (2551). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จ.ลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล. (2550). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 9(2), 156-165.
- วรนุช กิตสัมบันท์. (2551). ผลของการบำบัดทางสติและปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยสูงอายุ. พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, และมลลิตา พูนสวัสดิ์. (2555). ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 21(5), 929-941.
- วิภาวี เผ่ากันทรการ. (2548). การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รูปช้าง. (2550). ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อถัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา ศรีสาคร. (2551). ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2551 เรื่อง ดั่งดวงแก้วส่องฟ้าสาธารณสุข. วันที่ 28-30 พ.ค. 2551 ณ โรงแรมปรินซ์ พาเลซ (มหานาค) กรุงเทพฯ. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 21 มีนาคม 2557, จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4880>
- สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนีย์ ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(2), 412-429.
- สุภาพร พลยระหาร. (2551). งานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). การรับรู้และวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(1), 1-13.
- อุณจิตร์ คุณารักษ์. (2556). ผลการปรับความคิดทางโทรศัพท์ร่วมกับจิตบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 88-97.
- Barsevick, A. M., Sweeney, C., & Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29 (1), 73.
- Bush, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. Washington DC: American Psychiatric Association. Publishing, Inc.
- Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dobovsky, A. N. (2004). *Essential of clinical psychiatric: Mood disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Greist, J. H., & Jefferson, J. W. (1992). *Depression and its treatment* (Rev. ed.). London: American Psychiatric Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krumova, K. (2012). *Depression on path to be top global disease by 2030*. Retrieved November 20, 2012, from <http://www.theepochtimes.com/n2/world/depression-on-path-to-be-top-global-disease-by-2030-30429.html>

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

- Matson, J. L. (1989). *Treating depression in children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injury, and risk factor in 1990 and projected to 2020*. United States of America: World Health Organization.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai woman*. Doctoral's dissertation of Nursing Science, University of Michigan, Michigan, U.S.A.
- Uitterhoeve, R. J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., Mulder, P. De., & Achterberg, T. van. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer—a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, *91*, 1050–1062.
- William, E. H., Laurie, A. L., Beth, H., Allison, M. B., & Ronald, S. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, *6*(2), 215–224.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression and depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer*, *94*, 372–390.
- World Health Organization. (2007). Mental illness: depression worsens the health of people with chronic illness. *Ten statistical highlights in global public health*. Retrieved November, 20, 2012, from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007_10highlights.pdf

A Survey of Research on Nursing Interventions for Depression in Thailand*

Suthanan Kunlaka** M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)

Rungnapa Chanttra*** Ph.D. (Educational Research, Measurement and Statistics)

Panida Pumpat**** M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)

Abstract: The present study aimed at 1) identifying the characteristics of nursing interventions for depressive patients, and 2) summarizing of knowledge about nursing interventions for depressive patients. The research on depression was searched online from database and by manual search. Research reports were published between B.E 2550–2555. There were altogether 42 research studies that met the inclusion criteria. Results showed that the majority of research studies were conducted as part of academic study under the Ministry of University Affairs and conducted in patients both male and female with a sample size of 10–20 subjects. The majority of research studies : 1) identified research problems, objectives, and conceptual framework, 2) used quasi-experimental study, 3) did not specify sample size calculation, 4) used purposive sampling and the one group design, and 5) used descriptive statistics and t-test statistic for data analysis. Nursing interventions for depressive patients can be divided into four types, including intervention based on cognitive theory, psychoanalytic theory, behavioral theory, and alternative concepts. All of four types could reduce depression at after the intervention, at 2-week follow-up, at 1 month follow-up period, and at 3 months follow-up period. The results from the synthesis of research can be used in nursing care for depression. However, the future research should be conducted as two groups and longitudinal design, as well as conducted in caregivers and psychiatric patients.

Keywords: Depression, Survey of research, Nursing interventions

*This study was funded by Boromarajonnani College of Nursing Suratthani

**Corresponding author, Professional Nurse (Teaching) Boromarajonnani College of Nursing Suratthani, E-mail: suthanan_pop@hotmail.com

***Senior Professional Nurse (Teaching), Boromarajonnani College of Nursing Suratthani

****Professional Nurse (Teaching), Boromarajonnani College of Nursing Suratthani