

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ฐานียา สุทะปา¹ พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

จินตนา ยูนิพันธ์² Ph.D., อพย. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

วิภาวี เผ่ากันทรการ³ Ph.D., อพย. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ปทานนท์ ขวัญสนิท⁴ พบ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 36 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มด้วยการจับคู่ด้านเพศและอายุเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูและกลุ่มควบคุม 18 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ประกอบด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคลจิตบำบัดระดับประจักษ์รายกลุ่ม และสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยครอบคลุมการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แหล่งทักษะภายในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การป้องกัน/ลดการตีตรา และความร่วมมือในการรับประจักษ์ เครื่องมือที่ใช้วัดการฟื้นฟู คือ แบบประเมินการฟื้นฟูทางจิตใจ วิเคราะห์ความแตกต่างของการฟื้นฟูภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูมีค่าผลต่างของการฟื้นฟูหลังการทดลอง (mean = 97.17, SD = 11.48) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (mean = 75.94, SD = 15.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$ ผลการวิจัยเสนอแนะว่าโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถนำมาใช้ส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2563; 7(1): 118-132

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู การฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

¹ ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; E-mail: thaneeya_prom@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้รับผิดชอบบทความ, E-mail: jintana.y@chula.ac.th

³ อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴ อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับบทความ 15 มีนาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 22 เมษายน 2563 วันตอบรับบทความ 16 มิถุนายน 2563

The Effect of a Recovery Promotion Program on Recovery Among Persons with Major Depressive Disorders

Thaneeya Sutapa¹ MNS. (Psychiatric and Mental Health)

Jintana Yunibhand² PhD. (Nursing) Dip.PMHN

Wipawee Phaokuntarakorn³ PhD. (Nursing) Dip.PMHN

Patanon Kwansanit⁴ MD.

Abstract: This quasi-experimental research with the posttest only control groups design aimed to evaluate the effectiveness of recovery promotion program on recovery in persons with Major Depressive Disorders (MDD). The subjects were outpatient with MDD at a psychiatric institute. Total of 36 patients were matched pairs by age and gender which 18 subjects were randomly assigned to the recovery promotion program and the other 18 subjects were assigned to the control group with usual care. Instrument was a 4 weeks recovery promotion program, consisted of individual therapeutic relationship, group supportive psychotherapy and family psycho-education to encourage strength self-efficacy, resourcefulness, purpose in life, social support, protect/decrease alcohol consumption and medication adherence. The recovery was measured by The Thai-Mental Health Recovery Measure (Thai-MHRM) and the data of both groups were analyzed using t- test. Results revealed that the difference of recovery of persons with MDD in recovery promotion program group (mean = 97.17, SD = 11.48) was higher than usual care group (mean = 75.94, SD = 15.81) with statistically significant at the level of $p < .01$. Findings suggest that recovery promotion program can be used to promote the recovery of persons with MDD.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2020; 7(1): 118-132

Keywords: recovery promotion program, recovery, person with major depressive disorder

¹ Diploma Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, E-mail: thaneeya_prom@hotmail.com

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Corresponding author, E-mail: jintana.y@chula.ac.th

³ Nursing instructor, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

⁴ Psychiatric instructor, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Received March 15, 2020; Revised April 22, 2020; Accepted June 16, 2020

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฟื้นฟู (Recovery) เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำสู่ผลลัพธ์การมีสุขภาพที่ดี (optimal health) ที่เป็นเป้าหมายสูงสุดของบุคคลในการดำรงชีวิต¹ ดังนั้นการฟื้นฟูที่แท้จริงจากโรคซึมเศร้าไม่ใช่เพียงทำให้อาการสงบหรือปราศจากอาการเท่านั้น จำเป็นต้องมีตัวบ่งชี้การฟื้นฟูที่มุ่งเน้นและใช้ระบุถึงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าทำให้เกิดปัญหาความบกพร่องทางสังคมและการทำงาน แม้ว่าได้รับการแก้ไขด้านอาการมาแล้ว มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษา และร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยในระยะอาการสงบ (remission) ต้องเผชิญกับความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง² พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศแคนาดามีอัตราการว่างงานเป็นร้อยละ 30.30 และอัตราการไร้ความสามารถในการทำงานเป็นร้อยละ 42.10 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) ร่วมด้วย จะมีความสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถในการทำงานมากที่สุด การศึกษาบริษัทขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา พบว่าการสูญเสียระยะเวลาการทำงานจากโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะสูญเสียเป็นมูลค่ากว่า 44 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี³

ปัจจุบันการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ กรมสุขภาพจิต เป้าหมายการรักษา คืออาการสงบหรือปราศจากอาการ (remission) และผู้ป่วยไม่แสดงอาการหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยสามารถทำหน้าที่ด้านการทำงานและการ

ดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลาติดต่อกันนาน 2 เดือน⁴ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาคิดบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับตัวบ่งชี้ที่ใช้กำหนดประสิทธิผลของการจัดกระทำ ให้ความสำคัญกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยวัดผลลัพธ์ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ทั้งนี้ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยเฉพาะความบกพร่องทางสังคมและการทำงาน เป็นปัญหาสำคัญของการฟื้นฟูที่ระบบการดูแลปัจจุบันมองข้ามไป แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดการดูแลทั้งการทำหน้าที่และอาการของผู้ป่วยร่วมกัน

การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่แสดงออกถึงการมีกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความหวัง มีเป้าหมาย มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หรือสามารถดำเนินชีวิตได้ถึงแม้จะมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า⁵ ประเมินได้ด้วยแบบประเมินการฟื้นฟูทางจิตใจ (Mental Health Recovery Measure: MHRM) โดยระบุการฟื้นฟูไว้ 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับความเจ็บป่วย 2) ด้านการรู้จักเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ตนเอง 3) ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ 4) ด้านความสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต 5) ด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม 6) ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง 7) ด้านศรัทธาทางจิต

วิญญาน และ 8) ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม⁵ ดังนั้นการวัดการฟื้นฟูด้วยเครื่องมือเฉพาะรายบุคคล จะสะท้อนถึงผลลัพธ์การฟื้นฟูของบุคคลทั้งการทำหน้าที่และอาการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถให้การดูแลโดยตรง โดยอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับระดับพื้นฐานด้วยรูปแบบของจิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวช จากหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิผลในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ความเชื่อมั่นในความเข้มแข็งของตนเอง แหล่งทักษะภายในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การดื่มสุรา⁶ และความร่วมมือในการรับประทานยา⁷ การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดการทำต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความจำเพาะ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือวัดการฟื้นฟูที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งการทำหน้าที่และอาการของผู้ป่วย จะช่วยตอบสนองความต้องการที่แท้จริงนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในที่สุด

สัมพันธภาพบำบัดตามแนวคิดของ Peplau ที่เน้นรูปแบบสัมพันธภาพบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยใช้จิตพลวัตทางการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลพบว่ามีเหมาะสมกับการบำบัดผู้ป่วยแบบรายบุคคล⁸ สำหรับจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหา

ตนเอง ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (curative factors) ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอาการ และความสัมพันธภาพกับผู้อื่น⁹ และพบว่าสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญว่าช่วยลดการป่วยซ้ำและส่งเสริมการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วย จึงต้องมีการจัดการทำกับสมาชิกครอบครัวด้วยสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss¹⁰ นอกจากนี้พบว่า การดื่มสุราส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าตามมา ส่งผลโดยตรงทางลบต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยจึงต้องให้ความสำคัญการจัดการทำกับการดื่มสุราของผู้ป่วยในครั้งนี้ด้วยโดยบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) และแบบอันตราย (harmful use) เป็นการลด/เลิก ดื่มสุราตลอดจนให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) เป็นการป้องกันการดื่มสุราและไม่ให้กลายเป็นผู้ดื่มแบบติดและเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา (alcohol dependence) ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งเกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจทั้งในระดับประเทศและนานาชาติเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยส่งผลต่อการทำหน้าที่และอาการของผู้ป่วยด้วยในที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดการแสวงหาภาวะสุขภาพ (Health-Seeking Model: HSM) ของ Schlotfeldt¹¹ และแนวคิดการฟื้นฟูของ Young and Ensing⁵ ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2) จิตบำบัดประคับประคองรายกลุ่มโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลจิตเวช 3) สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวโดยพยาบาลจิตเวชระดับหลัง

ปัญญาและจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดังกล่าวข้างต้น จากผลการวิจัยนี้จะได้นำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่เป็นมาตรฐานและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนการฟื้นฟูของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดผลหลังการทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (The Posttest-Only Control Group Design)¹²

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร่า อายุ 20-59 ปีที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ในระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2562 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ (1) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร่าเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน หรือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และประเมินด้วยแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร่า (Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD-17) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนน้อยกว่า 30 (2) มีสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบ

อ่านและเขียนหนังสือได้ 3) ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและประสาทสัมผัสรับรู้ได้แก่การมองเห็น การได้ยิน การพูด ไม่มีความพิการทางร่างกายใดๆ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา 4) มีครอบครัวหรือผู้ดูแล ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และพักอาศัยในที่อยู่เดียวกันหรือบริเวณที่พักใกล้เคียง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) ในด้านเพศและอายุของผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้การสุ่มจำแนกกลุ่ม (random assignment) โดยการจับฉลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ก่อนได้รับการบำบัด¹³ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการขาดหายไป (dropout) จำนวน 2 คน ตรงกับกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 11, 12 ทั้งนี้เป็นการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงต้องหักกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมลำดับคู่ที่ตรงกันกับกลุ่มทดลองออกด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของระบบบำบัดรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร่า ทำความเข้าใจแนวคิด HSM ของ Schlotfeldt¹¹ และแนวคิดการฟื้นฟูของ Young and Ensing⁵ ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพบำบัดของ Peplau⁸ แนวคิดจิตบำบัดประคับประคองรายกลุ่มของ Yalom⁹ และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวของ Anderson, Hogarty and Reiss¹⁰ การ

ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู และการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ที่จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการแสวงหาการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ส่วนและแบ่งเป็นการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง ดังนี้

ส่วนที่ 1 สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ในการบำบัดครั้งที่ 1, 7, 9 และ 10 กำหนดให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้บำบัดครั้งละ 45-60 นาที

ส่วนที่ 2 จิตบำบัดระดับประคองรายกลุ่ม ในการบำบัดครั้งที่ 2, 3, 5 และ 6 กำหนดให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดครั้งละ 75-90 นาที

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ในการบำบัดครั้งที่ 4 ระยะเวลา 60 นาที และครั้งที่ 8 ติดตามโดยวิธีการโทรศัพท์ ระยะเวลา 15 นาที กำหนดให้พยาบาลจิตเวชระดับหลังปริญญาเป็นผู้บำบัด

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้ใหญ่ มีค่า CVI เท่ากับ .88 จากนั้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ก่อนนำไปทดลอง

กลุ่มที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินการฟื้นฟูทางจิตใจ (Thai-Mental Health Recovery Measure: Thai-MHRM)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการฟื้นฟู ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดของ Young and Ensing⁵ แบ่งเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ใช้การประเมินด้วยตนเอง เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 - 4 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0 - 120 คะแนน การแปลผลโดยนำคะแนนรวมกันทุกข้อและแปลผลระดับการฟื้นฟู ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน ระดับการฟื้นฟูต่ำมาก คะแนน 24 - 48 ระดับการฟื้นฟูต่ำ คะแนน 49 - 72 ระดับการฟื้นฟูปานกลาง คะแนน 73 - 96 ระดับการฟื้นฟูสูง และ มากกว่า 97 คะแนน ระดับการฟื้นฟูสูงมากหรือโดยสมบูรณ์

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้เทคนิคการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดย Vorapatratom⁶ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 รายโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค¹³ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

กลุ่มที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

(1) แบบประเมินการรับรู้ความเข้มแข็งของตนเอง (Strength Self-Efficacy Scale: SSES)¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) แบ่งเป็น 10 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง

10 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่า CVI เท่ากับ .94 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค¹³ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .97 การพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือกำกับการทดลองครั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยความเชื่อมั่นในความเข้มแข็งของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยแหล่งทักษะภายในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาการดื่มสุรา ($B = .64, .56, .42, .28$ และ $-.17$ ตามลำดับ)⁶

(2) แบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD-17)¹⁵ เป็นแบบวัดมาตรฐานในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม แบ่งระดับอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ นำคะแนนมารวมกันทุกข้อ และแปลผลระดับภาวะซึมเศร้า โดยระดับคะแนน 0 - 7 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถึง ระดับ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมากการตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดนี้ โดยวิธีการหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) คำนวณค่าความเที่ยง¹⁶ ได้ค่า IRR เท่ากับ .92

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูแบ่งเป็นการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู	สัปดาห์ที่ 1-4
ครั้งที่ 1 สัมพันธ์ภาพบำบัดรายบุคคล แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ ระยะเริ่มต้น: ประเด็นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะระบุปัญหา: ประเด็นที่ 2 รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ระยะแก้ไขปัญหา: ประเด็นที่ 3 จัดการอาการซึมเศร้าและเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิต ระยะแก้ไขปัญหา: ประเด็นที่ 4 เสริมสร้างความคิดเชิงบวก	1 (อังคาร:เช้า)
ครั้งที่ 2 จัดบำบัดระดับประคองรายกลุ่ม พัฒนาการเชื่อมั่นในความเข้มแข็งของตนเอง ถึงความสามารถในการจัดการอาการซึมเศร้า	1 (อังคาร:บ่าย)
ครั้งที่ 3 จัดบำบัดระดับประคองรายกลุ่ม พัฒนาแหล่งทักษะภายในตนเองในการจัดการ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	1 (พฤหัสบดี:บ่าย)
ครั้งที่ 4 สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ปัญหาการดื่มสุราต่อผู้ ป่วย การจัดการความเครียด พัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสารของ สมาชิกครอบครัวอย่างเหมาะสม	2 (อังคาร: บ่าย)

ตารางที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู	สัปดาห์ที่ 1-4
ครั้งที่ 5 จัดบำบัดประคับประคองรายกลุ่ม พัฒนาการรู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต	2 (อังคาร:บ่าย)
ครั้งที่ 6 จัดบำบัดประคับประคองรายกลุ่ม พัฒนาการสนับสนุนทางสังคม	2 (พฤหัส:บ่าย)
ครั้งที่ 7 สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ระยะแก้ไขปัญหา: ประเด็นที่ 1 เสริมสร้างความหวังและเป้าหมายในชีวิต ระยะแก้ไขปัญหา: ประเด็นที่ 2 แสวงหาการสนับสนุนทางสังคม	3 (อังคาร:บ่าย)
ครั้งที่ 8 ติดตามสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวโดยวิธีการโทรศัพท์	3 (โทรศัพท์นัด)
ครั้งที่ 9 สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ระยะแก้ไขปัญหา: ประเด็นที่ 1 เสริมทักษะความคิดและลดอารมณ์ซึมเศร้า ป้องกันการตีตรา ระยะแก้ไขปัญหา: ประเด็นที่ 2 พัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา	4 (อังคาร:เช้า)
ครั้งที่ 10 สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ระยะปัญหาคลี่คลายและยุติสัมพันธภาพ: การติดตามและประเมินผล	4 (พฤหัส:เช้า)

สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพกระทำต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้คู่มือกิจกรรมกลุ่มสำหรับคลินิกซึมเศร้า ด้วยรูปแบบแผนการสอน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 โดยจิตแพทย์และเภสัชกรระยะเวลา 80 - 90 นาที เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและยารักษาโรคซึมเศร้า, กิจกรรมที่ 2 - 4, 6 และ 7 โดยพยาบาลจิตเวช ครั้งละ 90 นาที เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยครอบคลุมการปรับเปลี่ยนความคิด เทคนิคการปรับสมดุลอารมณ์ และการพูดกับตนเอง และกิจกรรมที่ 5 โดยนักกิจกรรมบำบัด ระยะเวลา 90 นาที เป็นการบำบัดให้ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง กิจกรรมทั้งหมดใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์

การรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูตามกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม - วันที่ 30 พฤศจิกายน 2562 ทำการวัดการฟื้นฟูของตัวอย่าง โดยนัดหมาย ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ตามเอกสารรับรองโครงการที่ 002/2563 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติที่กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมด 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.8) และเพศชาย (ร้อยละ 22.2) อายุ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบอยู่ในช่วงอายุ 20 - 29 ปี และช่วงอายุ 30 - 39 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 41.6) ศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 83.3) สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.7) รองลงมา คือ สถานภาพคู่ (ร้อยละ 22.2) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 55.5) (กลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 38.9) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา และระดับสูงกว่าปริญญาตรี เท่ากัน (ร้อยละ 22.2) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 72.2) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 16.7) อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองประกอบอาชีพ พนักงานบริษัท มากที่สุด (ร้อยละ 27.8) รองลงมา คือ รับจ้าง (ร้อยละ 22.2) และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 16.7) ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบ

อาชีพ (ร้อยละ 27.8) และ ค้าขาย (ร้อยละ 16.7) ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย คือ มารดา (ร้อยละ 44.4) ระยะเวลาที่รับการรักษา ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วงเวลา 1 - 24 เดือน (ร้อยละ 69.4) พฤติกรรมการรับประทานยา ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ (ร้อยละ 83.3) โรคประจำตัว ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.3) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 41.7)

สำหรับข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัว เพศของสมาชิกครอบครัว กลุ่มทดลองสมาชิกครอบครัว เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) กลุ่มควบคุม สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุ สมาชิกครอบครัว ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีช่วงอายุสมาชิกครอบครัว ช่วง 50 - 60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.1) ศาสนา ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสมาชิกครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.6) สถานภาพสมรส สมาชิกครอบครัว ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.8) ระดับการศึกษาสมาชิกครอบครัว ส่วนใหญ่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.3) อาชีพสมาชิกครอบครัว กลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ รับจ้างและค้าขายเท่ากัน (ร้อยละ 22.2) ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 27.8) และ ค้าขาย (ร้อยละ 16.7) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี มารดา ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ร้อยละ 47.2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายด้านและรวมทุกด้าน เรียงตามลำดับด้านที่มีคะแนนการฟื้นฟูจากมากไปน้อย (N = 36)

คะแนนการฟื้นฟูรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=18)		แปลผล การฟื้นฟู	กลุ่มควบคุม (n=18)		แปลผล การฟื้นฟู
	mean	SD		mean	SD	
ด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับความเจ็บป่วย	13.67	1.72	สูงมาก	11.11	2.17	สูง
ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่	13.39	2.09	สูงมาก	10.78	2.46	สูง
ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม	13.33	1.78	สูงมาก	10.83	2.23	สูง
ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง	12.78	2.16	สูง	9.89	2.68	สูง
ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง	12.56	2.04	สูง	9.39	2.28	ปานกลาง
ด้านความสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต	12.11	1.91	สูง	9.89	2.06	สูง
ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม	10.11	1.08	สูง	7.39	1.72	ปานกลาง
ด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ	5.61	1.85	สูง	2.94	2.46	ต่ำ
การฟื้นฟูโดยรวมทุกด้าน	97.17	11.48	สูง	75.94	15.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู ผลการวิจัย พบว่า การฟื้นฟูรวมทุกด้านของกลุ่มทดลอง มีการฟื้นฟูระดับสูงมาก มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟู (mean = 97.17, SD = 11.48) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการฟื้นฟูระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟู (mean = 75.94, SD = 15.81)

เมื่อพิจารณารายด้านของกลุ่มทดลอง พบว่าด้านที่มีการฟื้นฟูระดับสูงมาก เรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับความเจ็บป่วย (mean = 13.67, SD = 1.72) ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ (mean = 13.39, SD = 2.09) และด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม ส่วนด้านที่มีการฟื้นฟูระดับสูง คือ ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง ด้าน

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม และด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าด้านที่มีการฟื้นฟูระดับสูง เรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับความเจ็บป่วย (mean = 11.11, SD = 2.17) ด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม (mean = 10.83, SD = 2.23) ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ (mean = 10.78, SD = 2.46) ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง (mean = 9.89, SD = 2.68) และด้านความสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต (mean = 9.89, SD = 2.06) ส่วนด้านที่มีการฟื้นฟูระดับปานกลาง คือ ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง (mean = 9.39, SD = 2.28) และด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม (mean = 7.39, SD = 1.72) ส่วนด้านที่มีการฟื้นฟูระดับต่ำ คือ ด้าน

ศรัทธาทางจิตวิญญาณ (mean = 2.94, SD = 2.46)

ทั้งนี้พบว่าด้านที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนของระดับการฟื้นฟู ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง, ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม และด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ โดยด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูระดับสูง (mean = 12.56, SD = 2.04) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการฟื้นฟูระดับปานกลาง (mean = 9.39, SD = 2.28) ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูระดับสูง (mean = 10.11, SD = 1.08) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการฟื้นฟูระดับปานกลาง (mean = 7.39, SD = 1.72) และด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูระดับสูง (mean = 5.61, SD = 1.85) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการฟื้นฟูระดับต่ำ (mean = 2.94, SD = 2.46)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบโดยใช้สถิติที (N = 36)

คะแนนการฟื้นฟู	หลังเข้าร่วมการส่งเสริมการฟื้นฟู		df	t	p value
	mean	SD			
กลุ่มทดลอง	97.17	11.48	34	-4.608	.000**
กลุ่มควบคุม	75.94	15.81			

*p<.05 **p<.01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดสอบโดยใช้สถิติที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า p<.01 หมายถึง คะแนนการฟื้นฟูของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูมีคะแนนการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้นจึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหายมีคะแนนการฟื้นฟูหายสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ตารางที่ 3)

จากแนวคิดการแสวงหาภาวะสุขภาพ (Health-Seeking Model: HSM) ของ Schlotfeldt¹¹ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนไปสู่เป้าหมายหลักของสุขภาพ (health goal) คือ การฟื้นฟูหาย (recovery) ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุด (optimal health) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูหายของ Young and Ensing⁹ ในการอธิบายความหมายการฟื้นฟูหายและวัดผลการฟื้นฟูหาย สำหรับปัจจัยที่นำมาจัดกระทำในการส่งเสริมการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ความเชื่อมั่นในความเข้มแข็งของตนเอง แหล่งทักษะภายในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม การดื่มสุรา และความร่วมมือในการรับประทานยา

ในงานวิจัยนี้ นอกจากแนวคิด 2 แนวคิดที่กล่าวเบื้องต้นแล้ว ยังมีองค์ประกอบสำคัญของแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง 3 แนวคิด ในการจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัดของ Peplau⁸ จิตบำบัดระดับประคองรายกลุ่มของ Yalom⁹ และสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวของ Anderson, Hogarty and Reiss¹⁰ การศึกษาพบว่าสัมพันธภาพบำบัดเป็นตัวทำนายสำคัญของผลลัพธ์ในการทำจิตบำบัด ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการบำบัด จากผลของการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด⁸ สัมพันธภาพบำบัดถือเป็นหลักการพื้นฐานและหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงเป็นการจัดกระทำแรกเริ่ม

(primary intervention) ของการบำบัดผู้ป่วย¹⁷ พบว่าจิตบำบัดระดับประคองช่วยเพิ่มการปกป้องให้เข้มแข็ง ส่งเสริมการแก้ไขปัญหา และฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านการปรับตัวให้กลับสู่สภาพเดิม ทำให้อาการต่างๆ ของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁸ พบว่าสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญว่าช่วยลดการป่วยซ้ำ และส่งเสริมการฟื้นฟูหายให้กับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย บุคคลที่มีการฟื้นฟูหายจะได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ระดับสูงจากครอบครัว¹⁹ ช่วยฟื้นฟูความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาและความมีคุณค่าในตนเอง²⁰

โดยสัมพันธภาพบำบัดและจิตบำบัดระดับประคองรายกลุ่ม กำหนดให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้บำบัด นอกจากนี้ในส่วนของสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว กำหนดให้พยาบาลจิตเวชระดับหลังปริญญาเป็นผู้บำบัด ตามขอบเขตสมรรถนะของการปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนถึงความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำสู่การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้กับทีมพยาบาล จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การยอมรับและความรู้สึกร่วมรับผิดชอบให้เกิดขึ้นภายในทีมพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติเชิงระบบที่ยั่งยืนต่อไป

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับการส่งเสริมการฟื้นฟูหายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามความหมายการฟื้นฟูหายของการวิจัยครั้งนี้ พบการศึกษาแบบ RCT โดยใช้ Wellness Recovery Action Planning พบว่าระดับอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง และระดับการฟื้นฟูหายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากการประเมินด้วย Recovery Assessment Scale (RAS)²¹ การศึกษาแบบเชิงทดลองเปรียบ

เทียบสองกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และกลุ่มที่ได้รับ Well-Being Therapy (WBT) โดยการติดตามผลระยะยาว 6 ปี พบว่าอัตราการป่วยซ้ำในกลุ่มที่ได้รับ CBT ลดลงร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มที่ได้รับ WBT อัตราการป่วยซ้ำลดลงถึงร้อยละ 90²² พบการศึกษา แบบกึ่งทดลองเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ Future directed therapy (FDT) และกลุ่มที่ได้รับ Cognitive behavioral therapy (CBT) พบว่าการบำบัดทั้งสองส่งผลให้อาการซึมเศร้า ความหมดหวัง และความคาดหวังต่ออนาคตด้านบวกดีขึ้น กลุ่มที่ได้รับ FDT แสดงผลของคุณภาพชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.002$) ขณะที่กลุ่ม CBT ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.463$)²³ พบการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้ Quality of Life Therapy ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และเพิ่มระดับความสุขในกลุ่มทดลอง ($p=.01$)²⁴ การวิจัยครั้งนี้ภายหลังเข้าร่วมการส่งเสริมการฟื้นฟูของกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีการฟื้นฟูระดับสูงมาก เรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับความเจ็บป่วย ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ และด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษามุมมองการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญมาก คือ การแสดงออกถึงภาวะสุขภาพจิตด้านบวก ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี และความเชื่อมั่นในตนเอง รองลงมาคือ กลับสู่ความรู้สึกของการเป็นตนเองและกลับสู่การทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทั้งการทำงานอาชีพ ครอบครัวหรือการเรียน⁴ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ทั้ง

ยังไม่พบว่ามีกระบวนการแนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงการใช้เครื่องมือวัดการฟื้นฟูที่สะท้อนผลลัพธ์รายบุคคลที่เป็นการเข้าถึงและตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการทำหน้าที่และอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผลการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างเป็นรูปธรรม

การฟื้นฟูถือว่าเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ทั้งพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องการให้เกิดขึ้นร่วมกัน ผลของการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการสะท้อนถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล และบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและทีมพยาบาลจิตเวชจะเห็นได้ว่ารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวครอบคลุมการจัดการกระทำต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูทั้งการทำหน้าที่และอาการของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะนำสู่การมีสุขภาวะที่ดีหรือการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูตามรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นฟูที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยเชื่อมโยงการดูแลสู่การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิต่อไป

1.2 ควรนำรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นฟูที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อประเมินผลรูปแบบ

การส่งเสริมการฟื้นฟูให้มีความเหมาะสมกับระยะเวลาการฟื้นฟูระดับคะแนนการฟื้นฟู และมีผลการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเน้นการส่งเสริมการฟื้นฟู ในมิติการฟื้นฟูด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม และด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ และนำเสนอต่อผู้บริหารถึงความสำคัญ ให้เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในหน่วยงาน

3. ด้านการนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป ควรมีการวิจัยติดตามผลการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังจากได้รับการบำบัดครบในระยะเวลาอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Zauszniewski JA. Health-seeking resources and adaptive functioning in depressed and non-depressed adults. *Psychiatr Nurs* 1994;8(3):159-68.
2. IsHak WW, James MD, Mirocha J, Youssef H, Tobia G, Pi S, et al. Patient-reported functioning in major depressive disorder. *Ther Adv Chronic Dis* 2016;7(3):160-9.
3. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003;289(23):3135-44.
4. Zimmerman M, Posternak MA, McGlinchey J, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D. Validity of a self-report depression symptom scale for identifying remission in depressed outpatients. *Compr Psychiatry* 2006;47(3):185-8.
5. Young SL, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabil J* 1999;22(3):219-31.
6. Vorapatratorn N. Predicting factors of recovery among persons with major disorder [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University;2017.
7. Khamkum P. The effect of psychoeducation program on medication adherence among patients with depression [dissertation]. Pathumthani: Thammasat University;2011. (In Thai)
8. Masters K. Nursing theories: a framework for professional practice. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publisher;2012.
9. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 4thed. New York: Basic Books;1995.
10. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford press;1986.
11. Glazer GL, Pressler JL. Schlotfeldt's health seeking nursing model. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL, editors. Conceptual models of nursing practice. Englewood Cliffs(NJ): Prentice-Hall;1989.p.241-53.
12. Shadish W, Cook T, Campell D. Experiment and quasi-experimental designs for generalized causal inference. New York: Hough tonm Ifin;2002.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8thed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins;2008.
14. Zhao R, Tsai C, Chaichanasakul A, Flores LY, Lopez S. A validity and reliability study of the strength self-efficacy. Poster presented at the 118th Annual Meeting of the American Psychological Association; 2010 Aug 12-15; San Diego (CA), USA;2010.

15. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The reliability and validity of Thai version of Hamilton rating scale for depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996;41(4):235-46.
16. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research conduct, critique, and utilization. 5thed. St.Louis (MO): Elsevier Saunders;2005.
17. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(6):1027-32.
18. Perese EF. Psychiatric advanced practice nursing: a biopsychosocial foundation for practice. Philadelphia: Davis Company;2012.
19. Nasser EH, Overholser JC. Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(2):125-32.
20. Johnson SL, Mayer B, Winett C, Small J. Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *J Affect Disord* 2000; 58(1):79-86.
21. Cook AJ, Copeland EM, Floyd BC, Jonikas AJ, Hamilton MM, Razzano L, et al. A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63(6):541-7.
22. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161(10):1872-6.
23. Vilhauer JS, Cortes J, Moali N, Chung S, Mirocha J, Ishak WW. Improving quality of life for patients with major depressive disorder by increasing hope and positive expectations with future directed therapy (FDT). *Innov Clin Neurosci* 2013;10(3):12-22.
24. Jenaabadi H, Nejad AB, Fatehrad G. Efficacy of quality of life therapy on increasing happiness in patients with major depressive disorder. *Open J Psychiatr* 2015;5(2):207-13.